

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 133

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre 1899, à 1 heure

Par PAUL FOUQUE

Né à Foulloy (Oise) le 26 juin 1873

MALADIES MENTALES FAMILIALES

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges { MM. CORNIL, professeur.
BRUN et DUPRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

1899

133

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre 1899, à 1 heure

Par PAUL FOUQUE

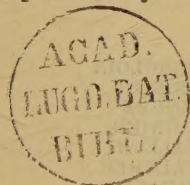
Né à Fouilloy (Oise) le 26 juin 1873

MALADIES MENTALES FAMILIALES

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges { MM. CORNIL, professeur.
BRUN et DUPRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DANS LES ASILES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Médecin de l'asile Sainte-Anne
Chevalier de la légion d'honneur

Avant d'aborder ce sujet, nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux de Rouen et de Paris et dans les asiles de la Seine-Inférieure.

M. le D^r Giraud, directeur médecin-chef de l'asile Saint-Yon nous a toujours témoigné une très grande bienveillance. Qu'il veuille bien croire à nos sentiments affectueux et dévoués.

M. le D^r Trénel, médecin des asiles, a été l'inspirateur de ce travail. Les observations qu'il nous a communiquées, ses excellents conseils, nous ont puissamment aidé. Nous lui en témoignons toute notre reconnaissance.

M. le professeur Joffroy nous a fait un très grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse. Nous nous permettrons de lui adresser nos meilleurs remerciements.

MALADIES MENTALES FAMILIALES

INTRODUCTION

Parmi les problèmes soulevés par la question de l'hérédité, l'hérédité familiale, qui a pris une si grande importance en pathologie nerveuse, a été peu étudiée en médecine mentale. A l'heure actuelle, ce terme d'hérédité familiale a un sens bien précis. Charcot, en particulier, est revenu à différentes reprises sur la valeur de ce mot : « Entendons-nous bien, dit-il (1), sur ce que l'on entend « par une maladie de famille, par opposition à la maladie « héréditaire, ou pour le moins à côté d'elle. Portal, dans « son mémoire bien connu, ne sépare pas très fermement « ce qu'il appelle maladie de famille de la maladie héréditaire. Adams, son successeur, (*Hereditary properties of diseases*, London, 1814), est plus explicite. Pour lui « les maladies de famille ou familiales sont celles qui « frappent sans changer de forme plusieurs enfants d'une « même génération. Il est bien entendu que la maladie « familiale peut être en même temps héréditaire, au même « titre et de la même façon que l'ataxie locomotrice vulgaire par exemple... »

1. Charcot. *Leçons du mardi*, 13 mars 1888.

Ces paroles, que prononçait Charcot à propos de la maladie de Friedreich et de la chorée de Huntington, ne trouveront-elles pas leur application dans les maladies mentales? la vérification de cette hypothèse serait intéressante à faire.

Les observations qui seront données ici et qui proviennent, pour la plupart, de l'asile Saint-Yon pourront être utilisées pour ébaucher cette question encore mal définie. Toutes ne paraîtront peut-être pas absolument caractéristiques, mais il est évident qu'il ne faut s'attendre à trouver dans les psychoses des ressemblances aussi parfaites entre les malades atteints d'une même affection que dans les maladies nerveuses ; dans celles-ci les symptômes physiques donnent des points de repère très précis et très facilement comparables, points de repère que ne peuvent donner aussi bien dans celle-là, les symptômes psychiques. Le caractère familial des maladies sera rarement tout à fait pur, plus rarement encore que dans les maladies nerveuses familiales ; mais on ne peut évidemment pas compter rencontrer une absence complète d'antécédents héréditaires dans les maladies mentales, ces maladies héréditaires par excellence, et même quand les renseignements sont incomplets ou nuls on est toujours en droit de supposer une tare mentale. Aussi ne peut-on donner que sous toutes réserves certaines observations où ces renseignements manquent.

La détermination des types familiaux en pathologie mentale n'aurait pas seulement un intérêt purement diagnostique, mais serait aussi parfois d'une grande importance au point de vue pratique. Qu'une myopathie,

qu'une maladie de Friedreich, qu'une maladie de Thom^{sen} etc., apparaissent dans une famille le médecin est averti que semblable affection pourra, devra même atteindre d'autres enfants de la même génération et dès que le moindre symptôme apparaît chez ceux-ci il peut immédiatement établir son diagnostic et son pronostic. Si l'on parvient en médecine mentale à déterminer des types familiaux on pourra parfois prévoir à l'avance avec précision certaines éventualités par exemple c'est le cas qui se présente actuellement pour une malade qui vient d'entrer à l'asile St-Yon et dont l'observation ne pourra être donnée ici, car elle serait encore trop incomplète. Cette malade a été internée une première fois à l'asile de St-Lô pour un accès de manie (?) avec confusion mentale considérable, d'après les renseignements du docteur Lhomond, médecin de l'asile. Cette malade est entrée dernièrement à l'asile St-Yon pour un accès analogue au précédent.

On peut faire sur elle le diagnostic de folie intermittente. Or, il y a quelques mois sa sœur est entrée à l'asile, elle aussi dans un état d'excitation maniaque avec grande confusion mentale et a guéri. Les accès de ces deux sœurs ont été absolument identiques et de plus leur ressemblance physique est si grande (y compris certains stigmates) qu'on aurait pu les prendre l'une pour l'autre. Il est certain que ces deux malades présentent une forme de folie périodique familiale. On peut presque à coup sûr pronostiquer la récurrence chez celle qui n'a encore eu qu'un accès. De plus chez celle-ci un diagnostic exact précoce aurait pu être fait au début de cet accès

si l'on avait connu à ce moment la maladie antérieure de sa sœur.

Les différentes observations qui seront utilisées dans ce travail ont été rédigées en partie au moyen des certificats médicaux des médecins de l'asile : MM. Rousselin, Cortyl et Giraud en particulier. Ces observations nous ont été communiquées par M. Trénel, médecin adjoint de l'asile St-Yon, qui a fait récemment sur ce sujet une communication à la société médico-psychologique (novembre 1899).

CHAPITRE I

Historique.

Morel, dans le chapitre de son traité intitulé : *Folies héréditaires à évolutions similaires* (1), a le premier mis en évidence, avec observations à l'appui, la possibilité de l'apparition, dans une même génération, de psychoses d'un même type ; il paraît surtout avoir en vue la démonstration de sa thèse favorite : La progressivité des affections mentales dans les familles d'aliénés ; mais il insiste cependant d'une façon tout à fait précise sur le fait de la similitude des troubles mentaux dans une même génération.

On peut considérer ces faits comme constituant les maladies familiales mais le terme de maladies familiales paraît seulement avoir été appliqué, pour la première fois, aux maladies mentales par M. Féré. Notons en passant que M. Féré préfère le terme de maladies fraternelles, qui n'a cependant pas prévalu en pratique.

1. Morel. *Traité des maladies mentales* 1870, p. 232, et *Traité des dégénérescences* (observations) p. 125, 126, 128.

Mais il est à remarquer que la littérature médicale est bien pauvre en fait de maladies mentales familiales ; est-ce à dire que de semblables affections n'existent pas ou sont très rares, il est plus probable que cette rareté apparente est due à ce que dans les asiles de grandes villes ou dans les services de clinique la population est trop flottante, et d'origines trop diverses pour que le médecin ait quelques chances d'avoir en même temps sous les yeux plusieurs membres d'une même famille ; et au cas où il aurait connaissance, à propos d'un malade, de l'existence d'une affection analogue chez un frère ou une sœur il est le plus souvent obligé de s'en rapporter à de simples renseignements plus ou moins exacts. Dans les asiles provinciaux, au contraire, qui sont peuplés d'individus provenant d'un cercle relativement restreint, de telles rencontres doivent être fréquentes et on peut s'étonner, à juste titre, que les documents sur les faits de ce genre n'aient pas déjà été réunis en plus grand nombre.

Il n'y a guère, en effet, à notre connaissance à citer que les travaux suivants :

En 1885 Sioli (1) dans un recueil important d'observations sur l'hérédité directe en a donné un certain nombre se rapportant à des individus de même lignée.

En 1894, MM. Brunet et Vigouroux (2) ont communiqué au congrès de Clermont un travail intitulé : *Contri-*

1. Sioli. *Sur l'hérédité directe des maladies mentales*. Arch. f. psychiatrie, 1885.

2. Brunet et Vigouroux. *Congrès de Clermont*, 1894.

bution à l'étude de l'hérédité de l'aliénation mentale.

Dans ce vaste recueil de faits qui ne comprend pas moins de 89 observations, il s'en rencontre un certain nombre qui ont trait au sujet qui nous occupera ici. On en trouve aussi toute une série dans la thèse de M. Pain (1) sur laquelle nous aurons à insister de nouveau plus loin au sujet de la folie communiquée. A ce même propos nous rappellerons la thèse de M. Régis (2). Mais, en réalité, il n'a été décrit, d'une façon précise, de maladies mentales familiales que par MM. Bourneville et Séglas (3) qui, les premiers, ont étudié, il y a plusieurs années, l'idiotie familiale. Sachs (4) a décrit aussi une forme remarquable d'idiotie familiale avec amaurose. M. Féré dit encore, à propos de l'idiotie familiale qu'elle « n'est qu'un syndrome souvent lié à d'autres troubles nerveux familiaux comme lui, par exemple la maladie de Friedreich (5) et cite à ce sujet les travaux indiqués en note.

Mais, comme affection mentale à proprement parler, deux seules catégories de fait ont attiré jusqu'ici, d'une

1. Pain. *Contribution à l'étude de la folie héréditaire*. Thèse Nancy, 1894.

2. Régis. *Folie à deux*. Thèse de Paris, 1880.

3. Bourneville et Séglas. *Les familles d'idiot*s, *Arch. de neurologie*, 1885, t. 10, p. 186.

4. Sachs. *Idiotie familiale avec amaurose*, *New-York Medical Journal*, 31 mai 1896.

5. Nolan. *Trois cas de maladie de Friedreich avec idiotie*. *Dublin Journal of med. sc.*, mai 1895, d'après Féré,

façon formelle, l'attention des auteurs, ce sont la folie suicide et la folie gémellaire.

Le suicide héréditaire est depuis longtemps classique et bien connu ; on peut dire que les observations en abondent et, renvoyant au traité de Brierre de Boismont (1), nous n'insisterons pas actuellement sur cette question sur laquelle nous reviendrons à propos de la folie périodique (2).

La folie gémellaire a aussi attiré l'attention des observateurs depuis longtemps déjà, mais il semble que le fait se soit imposé à l'observation surtout par sa singularité. Ces faits sont, en effet, curieux, mais en somme la folie gémellaire n'est qu'un cas particulier de la folie familiale ; il semblerait même *a priori* qu'en raison des ressemblances qu'on a souvent à tort l'habitude d'attribuer aux jumeaux les mêmes psychoses aient une tendance particulière à se retrouver chez eux. A la lecture des observations on remarque que, si la chose se réalise assez souvent, elle n'est pas une règle et les psychoses des jumeaux peuvent être dissemblables.

L'histoire de la folie gémellaire a été écrite dans une leçon classique de Ball (3) où est donnée la bibliographie de la question. Les cas sont d'ailleurs assez disparates

1. Brierre de Boismont. *Du suicide et de la folie héréditaire* 1865.

2. Nous citerons seulement comme cas plus récent l'observation remarquable Macabruni : une famille vouée au suicide. *Centralblatt für Nervenheilk*, 1^{er} avril 1884.

3. Ball. *Encéphale*, 1881. *Folie gémellaire*, p. 385. Voir aussi Déjerine. *Hérédité dans les maladies du système nerveux*, p. 83.

quant à la forme clinique ; nous citerons ici en quelques mots ces différents cas :

1° Cas de Ball. Manie aiguë avec prédominance d'idées mystiques et hallucinations multiples chez deux jumelles (*Encéphale* 1884).

2° Moreau de Tours. Délire de persécution chez deux jumeaux avec accès simultanés. (*Psychologie morbide* p. 139 et 172).

3° Baume. Accès délirants aigus et suicide chez deux jumeaux âgés de 50 ans. (*Annales médico-psychologiques*, 1863, I. p. 312).

4° Savage. Lypémanie chez deux jumeaux (*J. of mental science* 1883, p. 539).

5° Clifford Gill. Folie intermittente (manie) chez deux jumelles ; début à 20 ans (*J. of mental science* 1883, p. 140).

6° Mickle. Mélancolie avec idées mystiques ayant débuté chez l'une des jumelles à 29 et chez l'autre à 41 ans. (*ibid* 1884, p. 67).

A ces faits recueillis par Ball on peut ajouter les suivants :

7° Clouston et Savage. — Paralytie générale chez deux jumeaux. *Mental science*, avril, 1898.

8° Peterson. — Délire de persécution simultané chez deux jumelles. *Alienist a. neur.* janvier 1890.

9° Worcester. — Folie gémellaire dissemblable, l'un des malades est mélancolique agité, l'autre dément simple. *Am. J. of insanity* avril 1891.

10° Mac Dowell. — Délire de persécution chez deux jumeaux. *J. of mental science*, juillet, 1884.

11° Hanemann. — Eclampsie puerpérale chez deux jumelles. *Munch med. Wochensch.*, 19 mai 1896.

12° L'une des observation de Lasègue et Falret a trait à deux jumelles mais n'est pas une véritable folie gémellaire ; elle constitue un cas de folie communiquée. Lasègue et Falret. — Folie à deux. *Annales médico-psychologiques* 1877. II. p. 241.

13° Maret. — Folie similaire chez deux jumeaux mégalomanes. *Annales méd. psych.* 1875.

On trouverait certainement dans la littérature un certain nombre d'observations disséminées de psychoses familiales, par exemple, aux cas qui ont été cités plus haut on peut ajouter une observation de démence précoce chez deux frères, de Daraskiewicz (1) et les cas de démence progressive de Homén (2). Il y aura lieu de revenir sur l'un et l'autre de ces faits. Wigglesworth (3) a observé plusieurs cas de mélancolie dans une même famille. Déjerine (4) a rapporté dans son traité plusieurs de ces faits et il y a ajouté le cas de Pinard (manie puerpérale).

D'après Pauly et Bonne (5) qui s'appuient sur les travaux de Londe, pour prendre place parmi les affections

1. Daraskiewicz. Thèse de Dorpat, 1892.

2. Homén. *Démence progressive chez plusieurs sœurs.* *Arch. fur psychiatrie* 24 p. 191 et 30 p. 299.

3. Wigglesworth. *Quatre cas de mélancolie dans une famille.* *Mental science*, 1885.

4. Déjerine. *Hérédité dans les mal. du syst. nerveux*, 1886.

5. Pauly et Bonne. *Revue de médecine*, 1897, N° 3, cités d'après la thèse de Lorrain, p. 8.

familiales une maladie doit réunir les caractères suivants :

1° Elle doit atteindre, sans changer de forme, plusieurs enfants d'une même génération ; 2° Débuter à peu près au même âge chez tous les enfants de cette génération ; 3° Être cliniquement indépendante de toute influence extérieure, d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine, ces causes toutefois pouvant naturellement modifier la marche de l'évolution ; 4° ces divers caractères doivent constituer la règle et non l'exception.

Cet historique, peut-être incomplet, montre cependant combien il serait intéressant de rechercher et d'étudier ces psychoses qui, comme le disait Morel (1), « semblent résumer en une seule entité morbide la folie de plusieurs membres d'une même famille ».

1. Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 535.

CHAPITRE II

Psychose systématisée familiale.

La seule observation de délire de persécution, chez deux sœurs, qui sera donnée ici, ne doit pas, disons-le immédiatement, être confondue avec la folie à deux. C'est, en effet, à cette dernière affection que l'on pense au premier abord quand on parle de délire de persécution, survenant chez des individus de même famille. Il y a donc lieu de s'expliquer dès maintenant sur ce que l'on entend habituellement par folie à deux.

En effet parmi les nombreux cas de folie à deux existant actuellement dans la littérature il en est certains qui ont prêté à discussion.

Dans la communication classique faite à la Société médico-psychologique en 1877 Lasègue et Falret avaient nettement en vue la folie communiquée ; ce sont eux qui ont décrit l'individu actif et l'individu passif, le premier agissant sur l'autre grâce à l'influence de son âge et de son intelligence, l'autre subissant cette influence après une résistance plus ou moins longue suivant le degré de

sa propre intelligence ; les faits ainsi présentés et expliqués sont indiscutables.

Si le mot contagion offusque certains auteurs trop sévères sur la valeur des termes, si le mot de suggestion s'applique à une catégorie de faits différents, on pourra employer ici tel autre terme que l'on voudra.

Lasèque et Falret faisant allusion à ce fait que le délire de l'individu passif reflète les idées délirantes de l'actif l'ont appelé, avec beaucoup d'à propos, *aliéné par reflet*.

Folie communiquée, folie induite, folie simultanée, concomitante, réciproque, tels sont les termes que les différents auteurs ont inventés à l'envi pour caractériser la folie à deux. On a beaucoup discuté pour savoir ce qui est ou ce qui n'est pas la folie à deux et l'on trouve la préoccupation constante de la détermination précise du cadre de cette forme clinique dans les écrits de Marandon de Montyel, de Régis, de Pain, pour ne parler que des plus classiques. En Allemagne les mêmes préoccupations se retrouvent et dès longtemps déjà Brosius (1) s'attaquait avec la plus grande vivacité à la notion de la folie communiquée. Plus récemment Schönfeldt (2), au contraire, adoptait la folie induite. Kræpelin (3) accepte pleinement la contagion mentale qu'il rapporte à une sorte de sug-

1. Brosius. *Considérations sur la folie à deux* analysées dans les *Annales médico-psych.* Irrenfreund, 11 et 12, 1885.

2. Schönfeldt. *Ueber inducirte Irresein*, arch. fur psychiatrie, XXVI p. 202.

3. Kræpelin. *Traité de psychiatrie*, p. 67.

gestion; Krafft-Ebing (1) est du même avis; Ziehen (2) emploie les termes d'imitation et d'infection psychiques. Il semble, en somme, qu'aujourd'hui l'accord soit fait sur la réalité de la contagion mentale. Il se pourrait cependant qu'il y eût à distinguer deux catégories de faits : la folie communiquée peut atteindre des individus parents ou non qui vivent en commun, mari et femme, servantes et maîtresses-mères et enfants, frères et sœurs, etc ; elle peut s'étendre même à des collectivités, et si, actuellement, les épidémies mentales sont rares, on les rencontre cependant encore, particulièrement en Russie où la dernière manifestation de délire mystique communiqué a été racontée par Launois dans l'histoire récente des emmurés de Tyraspol. Tous ces faits sont actuellement de connaissance vulgaire, mais comme il a été dit un peu plus haut, certains d'entre eux présentent une particularité intéressante. Tandis qu'en général, dans les cas vulgaires de folies à deux, le malade passif, une fois séparé de son co-délinquant, peut guérir, il est des cas où malgré la séparation le délire persiste ; à l'examen des faits il est facile de se convaincre qu'il s'agit alors souvent de frères et sœurs. Il serait facile de dire qu'une tare commune est la cause de la persistance de la maladie chez l'individu passif, mais on peut serrer de plus près l'interprétation précise de pareils faits. Indépendamment de la simple prédisposition, on peut admettre qu'il

1. Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, traduction Laurent, p. 202.

2. Ziehen. *Traité de psychiatrie*, p. 249.

y a, chez l'un et l'autre individus atteints, maladie véritable; chacun est malade pour son propre compte et la similitude des préoccupations journalières, la communauté d'existence donnent une couleur uniforme à leur délire. De semblables malades présentent, comme il est permis de le supposer, une maladie mentale commune, une maladie familiale. Ce sont les faits de ce genre qui ont donné lieu à des controverses; ne serait-ce pas sous ce jour qu'il faudrait considérer telle observation donnée par M. Régis dans sa thèse, observation où l'on voit chez les deux malades l'affection se terminer par la démence; dans un cas (obsv. III) cette marche si rare de la maladie indique, chez les malades, autre chose qu'une affection due au contact intime et perpétuel dans lequel ont vécu les deux individus, autre chose aussi que l'influence de causes occasionnelles.

Il est permis de supposer que des individus, chargés d'une même prédisposition comme les frères et sœurs et vivant séparés les uns des autres, pourront faire des affections mentales identiques quant à l'âge du début, au mode d'invasion, au développement, à la marche et à la terminaison, méritant dès lors le nom de maladies familiales et différant seulement par la teneur du délire, laquelle en somme, n'a au point de vue clinique, qu'une importance secondaire. Ce sont ces circonstances qui se sont présentées dans l'observation double qui sera donnée plus loin où, avec des différences de détails, l'affection présente les caractères qui viennent d'être indiqués.

La supposition faite ici explique d'une façon satisfaisante les cas si discutés auxquels il était fait allusion tout

à l'heure, ces cas auxquels M. Régis donne le nom de folie simultanée et M. Pain le nom de folie concomitante et qu'ils considèrent, suivant leur expression, comme la vraie folie à deux.

Le terme de folie à deux doit conserver le sens et la valeur conférés par ses inventeurs, Lasèque et Falret ; la vraie folie à deux c'est la folie communiquée et, dans les cas de folie simultanée ou concomitante l'existence de délire commun doit être considérée comme fortuite. Vivant séparés, de semblables malades eussent fait une maladie commune avec un délire différent, ce qui est réalisé dans notre observation n° 1 et 2. Il sera facile de se persuader qu'inversement les malades, ainsi destinées au délire systématisé, auraient vraisemblablement fait un délire commun si elles avaient vécu en commun. On trouvera peut-être la vérification de cette hypothèse dans les intéressantes observations réunies par M. Pain. Dans l'une d'entre elles, au moins, en effet, (observ. I. II. III.) trois malades ont été observés ; un des malades, vivant séparé, fait une certaine psychose avec un certain délire ; les deux autres malades, vivant en communauté, font une psychose analogue à celle du premier malade, mais leur délire leur est commun et diffère du délire de leur frère. Cette distinction, peut-être subtile, a déjà été faite, dans les *Annales médicales psychologiques*, par l'auteur du compte-rendu des cas de Savage et de Gil ; cet auteur fait bien remarquer que les cas dont il s'agit (il s'agit dans l'espèce de folie gémellaire) sont bien différents de la folie à deux.

Nous citerons ici la triple observation de M. Pain, à laquelle nous faisons allusion. Obs. I, II, III.

Famille B... T.

OBSERVATIONS I, II, III résumées (Thèse de Pain).

Antécédents. — Père ivrogne ; mère sujette à des alternatives de mélancolie et d'agitation ; un oncle paralytique ; une sœur bien portante.

1° Le frère aliéné à 43 ans à la suite d'un chagrin. Idées religieuses ; idées de persécution. Sorti non guéri. *La folie ressemblait à celle de ses sœurs dont il vivait séparé.*

2° Ad.. B... hystérique, goitreuse ; stigmates physiques. Début de la maladie à 40 ans ; idées érotiques, idées mystiques, hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale ; idées de persécution. Elle correspond avec Dieu par des hoquets.

3° Am... B... internée peu après. Idées délirantes identiques elle communique avec Dieu par des éructations anales.

Les deux malades ont des alternatives d'agitation et de dépression. Leur intelligence est au-dessous de la moyenne.

Famille Le P.

OBSERVATION I

Sommaire. — *Hérédité peu chargée. Début subit à 42 ans d'un délire hallucinatoire auditif avec idées de grandeur, de persécution, hallucinations de la sensibilité générale, hallucinations psycho-motrices, illusions de la vue. Néologismes. La maladie dure depuis 17 ans. Pas de stigmates physiques notables.*

Hérédité. — Le père, maître au cabotage, est mort subitement à 55 ans.

Un frère est mort subitement au même âge.

Une sœur plus âgée que nos malades, excentrique et loquace; et qui après avoir fait un grand étalage de dévouement a abandonné complètement ses sœurs depuis longtemps.

Deux frères bien portants.

Deux sœurs sont internées. Le fils de l'une d'elles a été interné quelques mois.

Une cousine germaine est à l'asile.

Le P... Lucile, entrée à l'asile de Vannes en 1883 à l'âge de 42 ans.

C'était une excellente personne, très aimée dans son pays et n'ayant jamais donné lieu à aucune remarque au point de vue de son caractère ni de son intelligence.

Elle vivait tranquillement sur un petit bien qui lui appartenait.

La maladie a débuté en 1883 de la façon la plus soudaine, sans le moindre prodrome, au dire de la malade et de sa famille. Un jour pendant qu'elle était au travail dans son intérieur, elle

entendit tout à coup des voix, « c'était des voix de femmes, de prêtres, de m... Elle reconnaissait ces voix, c'était des voix de gens qu'elle connaissait par exemple de l'abbé D... et de l'abbé J... cela sortait de partout, elle les entendait dans la maison, dans les champs. Elle s'est mise à crier pour leur répondre et on l'a regardée comme folle. Sa sœur l'a emmenée alors à Vannes et de là à l'asile ». Ces renseignements donnés par la malade ont été en tous points confirmés par la famille.

A son entrée elle était très violente, avait des impulsions à frapper et se montrait très hallucinée de l'ouïe. Peu à peu elle devint plus calme, mais se montrait d'un caractère très désagréable et travaillait très peu. Après un séjour de deux ans pendant lequel elle fut atteinte d'une affection intercurrente indéterminée, elle fut transférée à Bégard puis ramenée à Lesvellec en 1886. Elle était beaucoup plus exaltée, toujours hallucinée et souvent inabordable. Vers 1890, outre ses hallucinations de l'ouïe elle aurait manifesté à plusieurs reprises des hallucinations de la vue d'un caractère transitoire, semble-t-il : elle voyait la Sainte-Vierge, le bon Dieu qui lui annonçaient l'avenir ; la supérieure des sœurs étant morte, elle la vit plusieurs fois réapparaître. Elle voyait « un royaume du ciel dans le dortoir qui devenait lumineux ».

Vers la même époque (1894) elle dit un jour qu'elle tombait en miettes d'or et qu'elle servirait à faire une statue de la Sainte-Vierge qui régnerait dans le ciel. Il fallait la respecter comme quelque chose de très précieux et ne pas la toucher parce qu'elle était très fragile ; ces dernières idées délirantes ne persistèrent que quelques mois et dès lors la malade resta dans l'état où nous l'observons actuellement (1895), 12 ans après le début de la maladie.

C'est une grande femme robuste, sèche et osseuse. Elle reste toujours et par tous les temps isolée dans la cour, se couvrant la tête de ses jupons, conversant incessamment avec ses invisibles, *les invisibles* comme elle les appelle. Elle est difficilement abordable et devient rapidement agressive ; elle s'isole et l'on est obligé de lui apporter ses repas dans la cour ; cependant elle se montre relativement obéissante à l'égard des personnes du service auxquelles elle est habituée. Elle s'exprime dans un langage plein de néologismes, langage qu'elle n'aurait adopté qu'à une époque postérieure à son entrée à l'asile, mais datant actuellement de plusieurs années déjà. Elle paraît avoir des hallucinations psycho-motrices, mais ceci ne peut être affirmé.

« Elle ne savait pas, dit-elle, qui produisait tout cela, mais depuis 5 ans elle sait que ce sont les *invisibles*, elle est obligée de leur parler, ces voix lui parlent de ses affaires et lui disent : « Tu fais ceci, tu fais cela, tu es une misérable » cela n'a pas cessé depuis le commencement, ils sont toujours à la martyriser, ils font d'elle un grand martyr. Elle souffre toutes sortes de douleurs ; ils changent tout en *gluant*, on peut tâter ses membres, il n'y a plus rien que du *gluant* ; (comme on lui demande ce qu'elle entend par là, elle fait, d'un geste de dégoût, le simulacre de ramasser avec ses sabots et de faire couler quelque chose de visqueux). Ses crachats sont gluants (et elle crachotte incessamment pour expectorer le poison qu'on lui « fourre » dans la bouche) ; sa chair n'est plus rien, son corps n'est que du *gluant*, elle le vomit, elle n'est plus rien. Elle ne mange pas ; « tout cela (son repas qu'on vient de lui apporter) est du poison, ce n'est pas de la nourriture qu'on lui donne ».

Elle émet des idées mystiques et de grandeur : « je sais tout

ce qui se passe — croyez-vous en Dieu? vous pensez aller dans une autre vie; vous vous trompez... vous vous perdez par là (en venant l'interroger)... oh! je sais tout ce qui sera ». Elle parle d'une façon un peu bizarre en mâchonnant, elle se plaint que les invisibles lui fassent subir le *broiement de la bouche* (hallucinations motrices?). Pendant les derniers mois où je l'ai observée, elle présentait une stomatite aphteuse qui récidivait incessamment et qui prit à un moment donné, un aspect ulcéreux. Les tentatives de traitement ne faisaient qu'augmenter l'agitation de la malade qui prétendait qu'on l'empoisonnait et qu'on se faisait le complice des invisibles.

Les indications manquent sur la date à laquelle s'est faite la ménopause.

D'après les renseignements récents (1899), la malade paraît être dans le même état; elle reste persécutée, hallucinée.

OBSERVATION II

Sommaire. — *Début subit à 50 ans d'un délire hallucinatoire auditif avec idées de persécution; hallucinations de la sensibilité générale; idées de grandeur prédominantes. Néologismes. La maladie dure depuis 13 ans. Son fils a eu un accès délirant post-alcoolique.*

Le P... Rose, veuve T..., entrée le 21 mai 1886 à l'âge de 50 ans.

Son fils né en 1866 a été interné en 1893 pendant plusieurs mois. Les certificats portent : « Débilité mentale. A la suite de nombreux excès de boisson le malade a présenté des idées de persécution prétendant qu'on voulait l'empoisonner, que la fa-

mille du général Boulanger lui voulait du mal et qu'il s'était compromis par ses conversations. » Au bout de quelques mois il sortit guéri.

Les accidents mentaux débutèrent de la façon la plus subite au moment de la ménopause, jusque-là, la malade avait paru très normale, dormait bien la nuit, ne faisait aucun abus de boisson et remplissait très régulièrement ses occupations journalières.

Depuis une quinzaine de jours les voisins s'apercevaient qu'elle était un peu bizarre dans ses allures, quand tout d'un coup elle dit à son mari (qui n'avait personnellement rien constaté de particulier) : « Allons toucher de l'argent, nous avons des sommes considérables à toucher qui nous viennent de la Reine d'Espagne, c'est la Sainte Vierge qui me l'a dit ». Toutes les protestations de son mari lui sont indifférentes, elle ne cesse pas de se dire extrêmement riche, parente de la Reine d'Espagne, etc.

Quinze jours après échappant à la surveillance de son mari, elle quitte la ville qu'elle habitait et se rend directement à Van-nes où elle raconte de nouveau ses mêmes idées délirantes et se fait alors interner.

Le délire que nous notons aujourd'hui, et qui s'est manifesté dans ses nombreuses lettres, existait déjà, absolument stéréotypé ; on y constate l'existence simultanée d'idées de grandeurs (qui ont apparu d'emblée) et de persécution avec quelques idées mystiques. « Elle a une fortune qui provient des rois, reine et *ministre de l'étranger*. Elle a pris des papiers qui en font foi, au bureau de police il y a huit ans. Il y avait là-dessus un milliard en toutes lettres, à l'encre rouge avec le cachet de la reine, plusieurs cachets anonymes et des ronds. Dans une autre let-

tre, elle raconte que c'était dans l'Hôtel à A..., qu'on les lui a apportés, ils proviennent de son premier mari, mort en 1865. Ces milliards on les garde, c'est une trahison envers elle et ses enfants. Le traître est un nommé H..., employé à la Mairie de Vannes qui trahit aussi sa sœur. Elle reconnaît celle-ci comme malade mais ce sont les méchants, qui *font la vie* de tout le monde, qui ont produit ce qui se passe en elle. Ils mettent des *sonnettes* chez tout le monde pour savoir ce qui s'y passe. Elle et les siens sont assommés par les somnambules, les fameuses Auroins de Réguida (?)

L'une de celle-ci, Angèle fait avec le nommé G..., *la comédie des yeux*. Le château de Réguida a été bâti par elle-même et il faut que le Directeur lui apporte les clefs du château d'Arradon. Elle est souveraine de l'île d'Arz et c'est elle qui a construit l'Asile. Elle a en outre trouvé le secret de l'eau de Javelle.

Dans le règlement de toutes ses affaires il y a grand retard elle est décidée à s'adresser au Saint-Père. Elle se plaint de fausses lettres qu'on a écrit contre elle et les siens ».

La malade garde toujours une attitude digne et réservée et ne s'exprime qu'avec réticences. Elle a toute l'allure des mégalomanes. Elle reste d'ailleurs calme et ne se livre à aucune occupation, mais demeure constamment isolée à la même place dans la salle.

D'après les derniers renseignements (1899) elle paraît être dans le même état.

OBSERVATION III

Sommaire. — *Débilité mentale ; délire polymorphe ; impulsions violentes.*

Le P. Marie Rosalie, née en 1837, entre en 1880, à l'âge de 43 ans, cousine germaine des deux malades précédentes.

A son entrée elle avait des tendances impulsives qui la faisaient redouter comme une malade dangereuse ; elle aurait, paraît-il, voulu tuer son père. Depuis plusieurs années son intelligence aurait beaucoup baissé, elle est plus calme même assez apathique ; on peut l'employer à des travaux simples.

Actuellement (1895) l'intelligence est affaiblie, la mémoire a diminué elle ne se rappelle pas pourquoi on l'a amenée ici. Elle montre de la défiance quand on l'interroge, cependant on peut retrouver chez elle un délire assez polymorphe et portant la marque de la débilité mentale, dans un mélange de vagues idées de persécution et hypochondriaques, d'illusions de la vue et de troubles de la sensibilité générale. « On a de la jalousie contre elle, on lui fait de mauvais regards, les mauvais regards l'empêchent de dormir. Il lui semble que les yeux de la sœur surveillante se retournent... elle a vu le diable sous la forme d'un porc... elle se réveille parfois avec un poids de 300 livres sur la poitrine, elle ne peut remuer ni bras ni jambes ».

Elle nie toute hallucination de l'ouïe : « les gens qui ont entendu des voix ont la tête perdue, dit-elle. »

Ce que nous savons sur l'hérédité de ces deux malades montre l'absence de troubles intellectuels chez les ascen-

dants ; on ne peut pas considérer la mort subite du père, probablement par hémorrhégie cérébrale, comme une tare extrêmement grave. Des deux malades c'est la sœur cadette qui est atteinte la première et d'une façon plus précoce à 42 ans.

Le début des troubles mentaux est subit, le délire a la forme hallucinatoire et prend d'emblée une très grande intensité ; les troubles de la sensibilité générale seraient apparus un peu plus tard ; l'existence d'hallucinations psycho-motrices a paru probable sans pouvoir être affirmée. Il y a eu quelques hallucinations visuelles, passagères, douteuses même et à rattacher peut-être à des rêves ; les idées de grandeurs et de persécution sont stéréotypées et des plus manifestes (persécution par les *invisibles* qui changent tout en *gluant*, conviction de posséder une puissance supérieure). Chez l'aînée le début coïncide avec la ménopause à 50 ans ; le début est aussi suraigu avec hallucinations de l'ouïe prédominantes, idées de persécution et surtout idées de grandeurs qui restent stéréotypées ; comme sa sœur, la malade ne s'exprime que dans un langage bourré de néologismes.

Donc début chez l'une à l'approche, chez l'autre à l'époque même de la ménopause ; chez toutes deux invasion suraiguë, développement d'emblée de délire polymorphe et cependant bien stéréotypé ; il n'y a de différence bien appréciable que dans la façon dont les deux malades réagissent à leur délire, la cadette réagit très violemment, reste en conversation constante avec ses *invisibles*, elle est la plupart du temps inabordable et se montre facilement violente ; sa sœur aînée au con-

traire est calme et digne, et bien qu'elle soit aussi hallucinée elle se présente plutôt sous l'allure des vieux mégalomanes ; ces dissemblances sont en somme tout à fait extérieures, nullement fondamentales, ce ne sont guère que des différences de nuances. Ces observations réalisent assez bien l'ensemble des caractères des maladies familiales, sauf peut-être le début à un âge assez tardif.

Si les antécédents héréditaires des deux malades ne sont peut-être pas particulièrement chargés il faut noter l'aggravation de la tare chez le fils de l'une d'elles qui a fait un accès délirant, d'ailleurs court, à la suite d'excès alcooliques.

Enfin, une cousine germaine des malades est une débile impulsive.

CHAPITRE III

Démences familiales.

Un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué, allant quelquefois jusqu'à la démence, accompagne certaines maladies familiales du système nerveux. Il semble que les neurologistes aient étudié d'une façon un peu incomplète les troubles de l'intelligence dans les cas de ce genre et leur opinion prédominante est que cet affaiblissement intellectuel, quand il existe, n'est pas très marqué. A propos de la maladie de Friedreich, M. Marie, dans le *Traité de médecine*, (p. 437) dit que « l'intelligence est loin d'être aussi atteinte qu'il pourrait sembler d'après le premier aspect de ces malades. Ceux-ci paraissent en effet lourds, bornés et peu susceptibles d'attention si l'on s'en tient à leur apparence d'instabilité; mais quand on les interroge avec soin, on aperçoit qu'ils sont parfaitement capables de recevoir une certaine instruction et que leurs réponses témoignent d'un degré de raisonnement assez en rapport avec leur âge. On ne pourrait cependant prétendre que les facultés psychiques acquièrent un développement tout à fait normal, et à cet égard les différences entre les sujets atteints de maladie de Friedreich

et les individus normaux ne font que devenir plus sensibles à mesure qu'ils avancent en âge ». Plus récemment une opinion analogue était admise par Lorrain (1) dans sa thèse. « Il n'existe pas, dit-il, à proprement parler, de troubles de l'intelligence mais plutôt certaines modifications de caractère. En général les enfants sont apathiques, endormis, ils ne se plaignent pas ; c'est ainsi que les deux sœurs D. (obs. 14) ne semblent pas se rendre compte de leur triste situation ».

Cet auteur ajoute que l'absence des troubles intellectuels est très importante pour le diagnostic des paraplégies spasmodiques d'avec les diplégies cérébrales. Il semble assez évident à la lecture de ces citations que l'intelligence est en réalité plus atteinte que les auteurs ne veulent bien le dire et, en somme, on voit dans les phrases précédentes qu'il y a en réalité dans ces affections une démence progressive.

La démence progressive est donc un des symptômes des affections nerveuses familiales. Elle peut même être le symptôme primordial de certaines affections familiales du système nerveux. Homén a décrit une démence progressive familiale, frappant cinq sœurs, qui n'est d'ailleurs pas sans rapport avec la paralysie générale et qui s'accompagnait de signes physiques analogues à ceux de cette dernière maladie. Daraskiewicz a observé la démence précoce chez deux individus d'une même famille. Voici donc une série de faits qui établissent des

1. Lorrain. *Contrib. à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale*. 1898 p. 60.

transitions entre le simple affaiblissement intellectuel accompagnant les maladies familiales du système nerveux et la démence primitive constituant à elle seule un type de maladie familiale.

Nous pourrions citer encore comme cas intermédiaires deux malades, qui sont actuellement à l'asile St-Yon et chez qui une démence progressive consécutive à un délire menstruel périodique paraît avoir précédé l'éclosion de symptômes rappelant la paralysie spasmodique familiale, tout en constituant elle-même la caractéristique primitive de l'affection (1).

On peut donc être en droit de supposer la démence primitive comme type de maladie familiale. L'une des observations (obs. 4 et 5) que nous donnons plus loin réalise le type cherché. Les deux malades en question, après une période prodrômique qui aurait duré deux ans chez l'une, huit à neuf mois chez l'autre, période sur laquelle les renseignements sont vagues, ont été envoyées à l'asile dans un état de démence avec stupeur entrecoupée seulement, chez l'une d'elles en particulier, par quelques accès d'agitation. Les deux malades étaient âgés respectivement au moment de leur entrée de 22 et 30 ans. Il paraît bien s'agir ici de démence primitive précoce familiale.

Dans une deuxième observation, (obs. 6 et 7) il s'agit de deux sœurs qui sont actuellement dans un état de léger affaiblissement intellectuel qu'on ne peut, il est

1. M. Trénel. *Compte-rendu de la société de biologie*, juillet 1899. Voir aussi le cas de Bouchaut. *Revue neurologique* 1^{er} janvier 1895.

vrai, qualifier de démence; elles présentent plutôt un manque d'initiative, une apathie assez marquée.

Elles peuvent encore se rendre utiles à l'intérieur de leur quartier à la condition de n'être employées qu'aux travaux les plus faciles et sous une surveillance constante. L'une et l'autre de ces malades s'étaient livrées à des excès alcooliques et l'une d'elles était en plein alcoolisme subaigu lors de son entrée. L'autre a eu à plusieurs reprises de petites attaques apoplectiformes avec parésie transitoire rattachables peut-être à des lésions artérielles d'origine alcoolique. Elle présente de plus un trouble très marqué de la parole qui avait fait penser à la paralysie générale. Les deux malades ont été internées au même âge, à 42 ans.

Dans une troisième observation il semble que la démence ait succédé à un délire hallucinatoire très intense; chez celle des deux malades, qui seule est encore à l'asile, l'affaiblissement intellectuel, quoique très marqué n'est cependant pas complet. Ces faits sont un peu disparates et évidemment on ne peut pas les mettre sur le même rang; mais comme on sait, et comme l'a en particulier bien fait ressortir Londe, les maladies familiales ne se prêteut pas bien à une description générale. Si cela est vrai pour les maladies nerveuses il ne peut qu'en être de même pour les maladies mentales et à un degré plus marqué.

Une observation à rapprocher de celles-ci se trouve dans la thèse de M. Pain (obs. 7, 8, 9).

OBSERVATIONS VII, VIII, IX. (Thèse de Pain).

Les 3 Del... Al.

Hérédité. — Père mélancolique ; mère bizarre ; frère aliéné.

Del... Philomène présente des stigmates physiques de dégénérescence.

A son entrée : mélancolie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, idées religieuses et de superstition, alternatives de calme et d'excitation. Impulsivité. Affaiblissement intellectuel.

Del... Louise, internée deux ans après, a comme sa sœur les mêmes stigmates physiques de dégénérescence, les mêmes alternatives de calme et d'irritabilité ; mêmes idées religieuses. Même affaiblissement intellectuel.

Il est fâcheux que les renseignements sur l'hérédité de nos malades soient aussi incomplets et même nuls. Si, comme Morel l'a enseigné, on doit considérer cette démence comme le terme de l'hérédité progressive, cette lacune est d'autant plus regrettable qu'elle empêche d'affirmer d'une façon absolue la nature purement familiale, à proprement parler, de l'affection. Mais moins encore en pathologie mentale qu'en pathologie nerveuse on ne peut compter rencontrer des cas absolument purs ; ne suffirait-il pas qu'il n'existe simplement une hérédité hétéromorphe des ascendants pour pouvoir admettre le terme de maladie familiale, quand, dans la même lignée, l'homologie des cas est suffisante ?

Famille C.

OBSERVATION IV

Sommaire. — *Hérédité méconnue ; démence apathique consécutive à un délire à 22 ans.*

C... Marie, entrée à l'âge de 22 ans, le 20 février 1878.

Elle a eu trois enfants.

Elle serait malade depuis 2 ans à la suite de chagrins. Entrée à l'hospice du Havre elle s'y montre déprimée, erre sans but dans la salle, rit sans motif, ne répond pas aux questions ou divague, elle émet quelques idées hypochoñdriaques.

A son entrée elle est considérée comme imbécile avec idées hypochondriaques.

Depuis cette époque elle présente une dépression permanente avec périodes assez fréquentes d'agitation où elle paraît hallucinée, pousse des cris, se roule par terre; elle aurait accusé une sensation de boule hystérique.

Elle aurait présenté peu après son entrée quelques hémoptysies.

Depuis, elle est dans un état de stupeur profonde et est telle que je l'observe depuis 1896.

Elle reste immobile la tête baissée, les yeux fermés, les traits fixés dans un sourire niais, quoique parfois elle fasse quelques grimaces. Elle montre soit l'apathie la plus profonde, soit le négativisme le plus complet, refusant de manger, résistant à tout.

Elle laisse couler sa salive, gâte, ne prononce pas une parole,

ne réagit à aucune excitation. Les pieds sont œdématisés, froids, extrêmement cyanosés.

Il n'y a aucun trouble viscéral, rien au cœur, pouls à 80. Comme stigmates physiques les oreilles sont mal ourlées et la face assez asymétrique.

OBSERVATION V

Sommaire. — *Démence apathique consécutive à un délire*
à 30 ans.

C.... Marie, veuve G.... Entrée à l'asile Saint-Yon le 17 décembre 1891, à l'âge de 30 ans.

Le rapport de la police ne donne que les renseignements suivants : Cette malade est tombée depuis 8 à 9 mois à la charge d'une amie qui l'a recueillie avec ses enfants, par charité car dès cette époque elle a l'esprit troublé et ne peut se livrer à aucun travail. Depuis trois semaines son état s'est aggravé, elle crie à l'assassin, croit qu'on veut la tuer, fait des scènes épouvantables quand quelqu'un entre chez elle. Elle se lève la nuit en proie à des hallucinations.

Le certificat médical la donne comme atteinte « de manie avec délire marqué par des frayeurs ». Elle a des hallucinations de tous les sens, s'agite, pousse des cris violents, souvent elle tombe dans une tristesse et une apathie profonde. Sa raison est tout à fait abolie.

A son entrée, on note un état de dépression ; elle ne répond qu'à voix basse et souvent garde le silence sans qu'on puisse obtenir d'elle aucune parole. Cet état persiste les jours suivants,

cependant la malade s'occupe un peu à la couture, mais elle redevient bientôt absolument déprimée ; elle reste immobile, silencieuse et probablement hallucinée.

En 1893, elle est notée comme déprimée, indifférente à tout, ne tenant que des propos absurdes. En 1894, elle commence à s'exciter, se montre souvent désordonnée, hallucinée, incohérente, quelquefois malpropre, se dispute avec les autres malades.

A l'époque où nous avons pu l'observer (1896) la malade présente un air niais, sans expression ; a une légère asymétrie faciale, ou plutôt les traits du visage sont plus marqués à droite (parésie faciale gauche ?) Ses pupilles sont égales et en état de dilatation moyenne ; l'examen complet en est impossible en raison de son indocilité. D'habitude G... se tient immobile sur sa chaise, absolument indifférente à tout ce qui l'entoure ; quand on la fait lever, elle marche penchée en avant les bras demi fléchis. Elle vit d'une vie absolument végétative, cependant elle sait manger seule. Elle paraît anesthésique, elle reste du moins insensible à la piqure, au pincement. Les réflexes tendineux sont normaux, un peu forts. Parfois elle s'agite, va et vient, erre çà et là et frappe quiconque s'approche d'elle, parle avec volubilité. Ces périodes d'agitation sont courtes, durent 2 ou 3 jours et ne seraient apparues que depuis un an environ. Elles ont lieu tous les deux mois à peu près, sans périodicité véritable ; on n'en a pas noté la coïncidence avec les règles. Depuis l'année 1898 la malade s'agite plus fréquemment et d'une façon plus prolongée.

Famille V...

OBSERVATION VI

Sommaire. — *Affaiblissement intellectuel non progressif s'accompagnant de troubles de la parole (dysarthrie) et d'attaques apoplectiformes ; immobilité pupillaire, alcoolisme. Début à 42 ans. Stigmates physiques.*

V.... veuve M..., entrée le 7 juillet 1894 à l'âge de 42 ans. Elle se livre habituellement à des excès de boisson, boit notamment de l'absinthe. Depuis quatre mois on a constaté des troubles mentaux qui dénotent un grand affaiblissement intellectuel, son langage est devenu incompréhensible. Elle erre par les rues.

A son entrée elle est dans une profonde obtusion intellectuelle, a du tremblement de la langue, des lèvres et des mains ; les pupilles sont égales mais immobiles, la parole est très embarrassée. On ne note pas de délire, mais la malade est absolument inerte. Dans la suite, tout en restant tout à fait insouciante, elle peut être occupée pour les travaux faciles.

La malade a l'aspect extérieur d'une imbécile, ses traits sont sans expression et même ont une apparence un peu bestiale. Elle s'occupe très activement, comprend tous les ordres qu'on lui donne pourvu qu'ils soient simples. Sa parole ou plutôt son grognement est incompréhensible, elle ne parle et ne répond que par monosyllable brusques mal prononcés. On ne peut lui faire répéter une phrase simple, tout au plus en reedit-elle le dernier mot en écho. Elle reconnaît et dénomme exactement,

mais toujours en articulant à peine, tous les objets qu'on lui montre, de même elle les désigne avec justesse ; il n'y a donc pas d'aphasie à vraiment parler ; c'est une dysarthrie très accentuée compliquée d'un affaiblissement mental marqué.

Les réflexes tendineux sont un peu forts sans exagération nette aux membres supérieurs ou inférieurs.

Les pupilles sont assez dilatées, la droite un peu plus que la gauche (à certains examens mêmes cette inégalité n'est pas manifeste), la réaction lumineuse en est nulle, (la convergence et l'adaptation ne peuvent être examinées avec exactitude). Il existe du tremblement fibrillaire de la langue, aucun tremblement des mains ; on constate une anesthésie ou plutôt une hypoesthésie généralisée. La malade ne réagit nullement à la piqûre sauf à la face et à la plante des pieds, mais encore assez faiblement ; pendant l'examen elle se borne à dire : « c'est bon, c'est bon ».

À l'examen du cœur on note un dédoublement net du 1^{er} bruit à la base et à la pointe ; le pouls est normal.

Il existe un eczéma chronique des mamelons.

La malade a eu à plusieurs reprises des petits vertiges ou attaques apoplectiformes sans perte de connaissance complète quoique souvent il existe une obnubilation passagère à ce moment. L'attaque est précédée ou non de vomissements, la malade semble ahurie, s'affaisse et doit être tenue au lit. On a constaté à plusieurs reprises de la parésie faciale et parfois de la parésie du bras du côté droit ; même dans la dernière attaque il paraît y avoir eu paralysie complète mais transitoire (10 mars 1899). Nous avons noté :

1° Une attaque en avril 1898, accompagnée de salivation, de

déviation de la face à gauche, de l'obtusion intellectuelle ; la malade fut rétablie le 4^e jour.

2^e Un état vertigineux le 30 août 1898, accompagné de vomissement.

3^e 16 septembre. — Mme Vve M. a un étourdissement et tombe à terre, courte perte de connaissance. Je ne la vois que le lendemain sans noter rien de spécial.

Les réflexes sont forts. Le dédoublement du premier bruit est des plus nets.

4^e 4 mars 1899. — A eu un étourdissement avec vomissements.

Le réflexe rotulien est plus fort à gauche qu'à droite.

Les réflexes du poignet sont forts. Pas de tremblements épileptoides. Réflexe plantaire nul. La malade se remet rapidement.

5^e 10 mars. — A peine remise elle a une nouvelle attaque avec paralysie transitoire de la face et au membre supérieur droit. Obnubilation mentale. La malade revint rapidement à son état antérieur, mais doit être laissée au lit car elle s'affaisse dès qu'elle est levée. Au bout de quelques jours elle est rétablie et s'occupe régulièrement dans le service.

Depuis cette époque son état est resté absolument stationnaire.

OBSERVATION VII.

Sommaire. — *Alcoolisme subaigu, léger affaiblissement intellectuel, avec manque d'initiative. Début à 42 ans.*

V. Louise, Veuve B... Entrée à l'asile de Saint Yon, le 30 septembre 1897, à l'âge de 42 ans.

Antécédents personnels. — La malade dit avoir fait huit fausses couches.

Elle aurait eu la fièvre typhoïde.

Les renseignements indiquent que depuis quelque temps, Mme B. V. déraisonne, se croit ensorcelée, menace de se pendre, s'agite, crie la nuit, gesticule, cherche à frapper et à mordre. Elle a démonté une lampe à pétrole toute allumée et l'a jetée à terre ; elle a lancé un pot de fleur dans la cour. Elle a l'air tout égaré et se meut d'une façon automatique.

Le certificat médical la donne comme atteinte de délire alcoolique avec propos incohérents, hallucinations et agitation.

A son entrée à l'asile, elle n'est plus agitée, mais plutôt déprimée, confuse. Elle émet quelques vagues idées hypochondriaques. Elle présente de l'insomnie, des frayeurs nocturnes. Elle a un peu de tremblement des mains et de la langue. Les pupilles sont égales et réagissent bien, les réflexes rotuliens sont normaux.

L'anxiété peu intense et la confusion des idées persistent plusieurs semaines ; peu à peu la malade tout en paraissant mieux se rend compte de ce qui se passe autour d'elle, devient inerte, apathique. Elle ne travaille que si on l'y pousse énergiquement, elle répond toujours qu'il n'y a rien à faire. Elle croit en plein midi qu'il est l'heure du coucher, elle fait de grosses erreurs de dates qu'elle corrige tant bien que mal. Elle dit par exemple s'être mariée le 19 septembre 1855, puis se corrige si on insiste et donne la date du 14 juillet 1873. Prétend l'instant d'après que son fils est né le 5 juillet de la même année, qu'il a 28 ans et qu'il vient de rentrer du service militaire où il n'a fait qu'un an. Elle débite toute cela, malgré les contradictions, avec un air de parfaite assurance. Elle lit couramment

mais sans guère retenir ce qu'elle vient de lire. L'écriture est tremblée et souvent illisible. Le tremblement des mains et de la langue persiste. — La malade émet d'incohérentes idées de persécution, elle accuse une de ses voisines d'être jalouse de son mari (mort depuis longtemps d'ailleurs) de l'avoir fait placer ici.

L'état reste le même pendant les premiers mois de l'année 1898.

Juillet 1898. — Le malade conserve quelques vagues idées de persécution ; elle raconte, qu'elle a été placée ici pour avoir insulté un appariteur (?) Elle l'a insulté parce qu'elle ne pouvait faire un pas sans qu'il fût derrière elle. Elle prétend n'être pas mariée, elle a été demandée en mariage ; mais son prétendu avait commis un vol. Elle s'appelle Mlle V. et non Mme veuve B. Elle ignore le mois, la date, la saison, elle est incapable de faire une simple opération : $7 \times 2 = 24$, $3 \times 8 = 18$. Son écriture conserve le même caractère un peu tremblé et irrégulier. Aucun trouble réflexe, ni oculaire.

Septembre. — Dans les mois suivants elle paraît avoir abandonné ses vagues idées de persécution ; mais reste toujours sinon apathique du moins sans la moindre initiative ; elle s'occupe un peu à la condition d'être guidée très étroitement. Le léger tremblement de la langue persiste ainsi que celui des mains qui se traduit toujours dans l'écriture ; de plus on note des oublis de lettres dont la malade ne se rend pas compte. Elle fait aussi des erreurs dans les calculs les plus simples.

Les réflexes tandineux sont normaux, peut-être le réflexe du poignet droit est-il plus fort.

Février 1899. — Etat absolument stationnaire, mêmes inexactitudes dans l'appréciation du temps (elle croit être en au-

tomme, etc.), mêmes erreurs dans les calculs, manque absolu d'initiative; elle s'arrête au milieu des travaux faciles, si on ne l'y pousse pas.

Le tremblement n'existe plus et l'écriture est un peu plus régulière. Les réflexes tendineux se montrent un peu forts.

Toujours même absence de troubles pupillaires.

A la fin de l'année 1899, l'état de la malade s'est amélioré, mais elle demeure toujours indolente, apathique; elle resterait la journée entière assise à la même place si on ne l'excitait pas au travail; elle n'est capable, d'ailleurs, que d'un travail simple et machinal ne demandant pas la moindre initiative.

Famille L...

OBSERVATION VIII

Sommaire. — *Hérédité; délire hallucinatoire, démence apathique consécutive avec courte période d'agitation. — Début à 37 ans.*

Antécédents héréditaires. — Frère suicidé d'un coup de fusil pendant qu'il était au régiment.

L..., Sidonie, femme D... Entrée le 26 février 1887 à l'âge de 37 ans, décédée le 4 mars 1894 par entérite.

Pas de renseignement sur l'état antérieur. Elle serait, d'après son dire, malade depuis un an à la suite de la condamnation de son mari aux travaux forcés.

Elle est, à son entrée, dans un état d'agitation maniaque avec incohérence dans ses propos, désordre dans ses actes; elle est

probablement hallucinée. Le certificat de quinzaine indique qu'elle est calme, déprimée avec délire général et inconscience de ses actes. Pendant quelque temps, elle présente des alternances d'agitation et de calme relatif; elle s'occupe parfois un peu, mais nécessite beaucoup de surveillance à cause de son impulsivité. Dans la suite, la démence devient complète, la malade demeure souvent immobile, accroupie dans un coin sans aucune initiative, résistant à tous les soins qu'on veut prendre d'elle et se livrant alors à des violence dangereuses contre les personnes de service. Elle reste dans un mutisme, dont elle ne sort que pour insulter, menacer l'entourage. La personne qui donne ces renseignements caractérise d'un mot frappant ses allures en disant qu'elle était alors dans un état « d'agitation sombre ». Cet état ne présente aucune variation jusqu'à la mort survenue par entérite.

Durée de la maladie, sept ans.

OBSERVATION IX

Sommaire. — *Premier accès de délire hallucinatoire avec agitation, guérison (?). Deuxième accès de délire hallucinatoire auditif; hallucinations de la sensibilité générale; érotisme; alternatives de calme et d'agitation, affaiblissement intellectuel. Début à 36 ans. Fils débile, condamné.*

L... Rosine, femme L..., entrée à l'âge de 36 ans, le 26 novembre. Sortie le 24 décembre 1890.

Réintégrée le 18 juillet 1893.

Son fils aîné faible d'esprit actuellement interné a été détenu à l'asile prison de Gaillon. Elle a eu 3 enfants vivants, un quatrième est mort.

Elle était ouvrière de filature ; elle aurait eu récemment avec ses compagnes des discussions, à la suite desquelles elle a quitté son travail il y a quelques jours. Depuis elle ne dort plus, chante jour et nuit, refuse de voir son mari. Se livre à des actes d'un mysticisme extravagant : se jette à genoux, prononce des paroles sentencieuses, met son enfant nu sur le plancher en pleine nuit pour l'habituer à souffrir à l'exemple du Christ, s'en va prier à l'église et au cimetière. De plus elle manifeste des craintes d'empoisonnement, se plaint de sentir un goût de soufre, des odeurs nauséabondes, parfois elle a des moments de prostration.

D'après les certificats, elle est au moment de son entrée en proie à des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, et a des idées de persécutions. Son mari lui apparaît sous forme d'une ombre, elle sent de mauvaises odeurs, entend des bruits insolites, des injures : les voisins lui reprochent d'avoir des bâtards et d'avoir tué deux enfants naturels ce qui la fera passer en jugement.

Avant son entrée elle errait sans but, avait frappé son mari et tout bouleversé et brisé chez elle ; actuellement elle est déprimée, pleure et gémit.

Cet état persiste dans la quinzaine : elle se plaint des mauvais traitements, des injures qu'on lui adresse, réclame ses enfants, n'a pas conscience des actes qui ont motivé son placement ; elle a des lacunes de la mémoire.

Dans la suite elle reste longtemps loquace, bruyante, incohérente et désordonnée avec rares intervalles de calme.

A partir de novembre 1890 elle se montre calme et lucide et est considérée comme guérie à sa sortie en décembre 1890.

Deuxième entrée, 18 juillet 1893. -- Les renseignements manquent sur la période intervallaire.

Les accidents actuels dateraient de trois semaines. L... quitte son travail, cherche à s'enfuir dans les bois, cache son linge ou va le vendre, casse la vaisselle, est bruyante, ne dort pas de la nuit. Elle a frappé son mari avec une serpe, apparemment sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe ; elle est allée se jeter dans la rivière, mais en est sortie d'elle-même.

A son entrée, elle émet des idées de persécution contre son mari, mais elle a surtout des hallucinations de l'ouïe auxquelles elle répond en interrompant l'interrogatoire et des hallucinations de la sensibilité générale : elle a dans le ventre un serpent, des crapauds et autres animaux et veut qu'on lui ouvre le ventre.

Dans la quinzaine, elle se montre dans une excitation violente avec incohérence absolue. Il est impossible de fixer son attention et d'obtenir une réponse convenable. Elle est agressive, frappe les voisines. Elle adresse des apostrophes emphatiques à des invisibles ; elle ne dort pas la nuit.

Le diagnostic porté est mélancolie avec périodes d'excitation.

Depuis ce temps elle reste en l'état dans lequel nous l'observons actuellement : sans périodicité régulière, elle a des alternatives de calme relatif et d'agitation durant chacun quelques jours.

Période d'agitation — La malade très hallucinée va et vient, ne se livre à aucune occupation, se montre des plus violentes et agressives ; parfois elle a de véritables accès de fureur qui la rendent dangereuse ; l'agitation est particulière-

ment exagérée au moment des règles et la malade a des tendances érotiques ; elle est alors inabordable.

Période de calme. — Calme d'ailleurs tout relatif, car L... est constamment hallucinée ; mais cependant elle travaille dans sa salle, rend de bons services et peut être interrogée.

Ses propos sont incohérents et il est difficile de fixer son attention ; elle voit son ancien amant qui passe ici tous les matins et qui se tient toujours derrière elle « elle voit son mari travailler aux rails, elle l'entend de loin, il lui parle de son chemin de fer ». Elle paraît devenue tout à fait indifférente au souvenir de ses enfants, ne comprend pas que l'un d'eux est en prison, prétend que sa sœur n'est pas morte.

On parvient à lui faire épeler quelques mots qu'elle ne paraît pas comprendre (elle a su lire autrefois) ; quant à l'écriture, elle n'aurait jamais su que signer son nom.

Comme exemple de son incohérence enregistrons quelques-uns de ses propos : « Je ne chante pas parce qu'il y a des gens qui veulent entrer. Mon mari m'a mise ici parce que la troupe a besoin de moi. Vous étiez à l'inventaire... »

Tantôt elle se rappelle sa première sortie, tantôt dit avoir toujours été ici. On ne peut pas dire que la démence soit complète, par exemple elle a appris le nom des médecins, des sœurs, etc., cependant l'intelligence est visiblement affaiblie.

Il y aurait peut-être lieu d'insister sur la comparaison de l'observation de ces deux dernières malades.

La sœur aînée (L... femme D...) est atteinte à l'âge de 37 ans d'une psychose attribuée à des causes morales et caractérisée par un délire hallucinatoire avec alternatives d'agitation et de calme relatif ; une démence complète se

développe et on ne constate, comme trace de la périodicité du début que des moments d'agitation impulsive. Le même état persiste jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant 7 ans.

La sœur cadette (L... femme L...) a eu à 36 ans un premier accès de délire hallucinatoire polymorphe avec idées de persécution et agitation considérable ayant duré un an. Le calme reparait très rapidement et elle sort guérie. Elle rentre trois ans plus tard (1893) dans un état paraissant identique à celui de sa première entrée. Le délire hallucinatoire est depuis ce temps permanent, mais il y a des alternatives (irrégulières d'ailleurs) d'agitation et de calme relatif; l'affaiblissement intellectuel se traduit surtout par l'incohérence des propos.

La marche de l'affection, dans les deux cas présente des analogies notables: Début au même âge, invasion rapide sinon aiguë délire de forme hallucinatoire, alternatives peu régulières d'excitation et de calme relatif, impulsivité dans les périodes d'excitation, affaiblissement intellectuel très rapide.

Comme différences nous notons: l'existence chez la deuxième malade d'un premier accès de forme identique à celui qui surviendra trois ans plus tard, l'allure non pas dépressive mais plutôt négativiste que présente la première malade, l'allure plus active que conserve la deuxième.

Les différences ne paraissent pas fondamentales; il n'y a peut-être pas lieu non plus d'attacher une importance trop grande à l'accès qu'a présenté la sœur cadette accès qui aurait guéri (?) pour être suivi à courte éché-

ance d'une récédive (ou d'une exacerbation) avec affaiblissement mental consécutif.

Comme appendice à ces observations peut être citée l'observation suivante de démence progressive survenue à un âge peu avancé chez deux sœurs. Chez la première dont l'histoire ne pourra être donnée que de la façon la plus sommaire, l'affection aurait débuté à 34 ans, chez l'autre entrée à l'asile à 53 ans le diagnostic reste encore un peu hésitant entre démence simple et paralysie générale.

On ne trouve indiqués dans la littérature que des cas rares de paralysie générale familiale héréditaire ; d'ailleurs, cette condition, d'après Féré, se réalise rarement. Clouston et Savage ont donné en commun l'observation de paralysie générale chez deux jumeaux ; nous y avons déjà fait allusion plus haut. Récemment Näcke (1) citait un cas de Sommer de paralysie générale chez un père et ses deux fils. Régis a noté que la paralysie générale juvénile peut affecter la forme familiale. Brunet et Vigouroux donnent des observations de paralysie générale chez un frère et une sœur (observ. 78 et 79).

1. Näcke. *Les soi-disants signes extérieurs de dégénération dans la paralysie générale*. *Allg. Z. für Psychiatrie*, p. 570, février 1899.

Famille F...

OBSERVATION X

Sommaire I. — *Démence avec stupeur consécutive à un accès de délire hallucinatoire. Début à 34 ans.*

F... Céleste, entrée à l'asile Saint-Yon à l'âge de 34 ans, le 13 août 1867, morte le 5 novembre 1873.

Les renseignements que nous avons retrouvés sont très incomplets. Les circonstances de son entrée nous sont inconnues : elle aurait été pendant 16 ans au service d'une personne qui se louait grandement d'elle dans une lettre existant au dossier. Le diagnostic de Morel est folie hystérique avec troubles sensoriels consistant en hallucinations de l'ouïe.

Dans la suite on note : hystérie chronique avec tendance à l'imbécillité (nous dirions démence). La malade ne peut être appliquée à aucun travail, elle passe son existence à rire et pleurer sans motifs, elle est un sujet de troubles dans son quartier.

En décembre 1868 elle est notée comme améliorée, mais encore absorbée. Auparavant elle se tenait sans cesse les yeux fermés, actuellement elle se met à coudre.

En 1869 cette amélioration ne persiste pas : au mois d'avril elle est retombée dans la stupeur, ne répond pas, est incapable d'aucune occupation.

En février 1870 son état est de plus en plus déplorable, elle est dans la stupidité et le gâtisme et refuse de manger.

En mars 1870 on note un abcès de la jambe droite qui devient

fistuleux et ne guérit pas par le traitement ioduré. La malade tombe dans le marasme et meurt en novembre 1873.

OBSERVATION XI

Sommaire. — *Démence paralytique probable à 53 ans.*

F..., Virginie entrée le 16 mai 1898 à l'âge de 53 ans.

Elle était d'une bonne santé habituelle. Intelligence ordinaire. Le début daterait de cinq mois à la suite d'une frayeur (?) Elle est devenue incohérente dans ses propos, sa mémoire s'est affaiblie, elle ne sait plus le lendemain ce qu'elle a fait la veille. Elle a des idées de grandeur et cherche des chicanes à propos d'un héritage imaginaire. Elle s'agite la nuit.

A son entrée, elle ne tient que des propos sans suite, son intelligence se montre très affaiblie. Elle est dans un état de satisfaction avec idées de grandeur niaises, elle ne fait que répéter qu'elle a travaillé dans de nombreuses maisons. Elle est malpropre et mange gloutonnement. La parole est hésitante. Il existe du tremblement fibrillaire de la face et de la langue. Les pupilles sont resserrées, mais égales, la pupille gauche est irrégulière. Les réactions pupillaires ne peuvent être examinées avec précision. Les réflexes rotuliens ne paraissent pas exagérés. La sensibilité est obtuse.

Depuis son entrée la malade reste dans le même état, elle est tout à fait apathique, ne sait où elle est, prétend être venue chercher ici de l'ouvrage, ne se rend pas compte du temps, a perdu tout sentiment affectif.

En août 1899 on constate de l'œdème des jambes avec cya-

nose des pieds, de l'albuminurie, un dédoublement du deuxième bruit du cœur. Le pouls est un peu dur (78). L'apathie est absolue, la malade mène une vie végétative, elle marche raide, penchée en avant et lentement. Elle chancelle au moindre obstacle mais n'a pas de signe de Romberg. La langue est très tremblante, la face tremble peu. Il n'y a pas de tremblement des mains. L'écriture est maladroite, difficile, irrégulière, très incorrecte, mais non tremblée. La parole est lente, hésitante avec des accros.

Le langage est absolument sans suite. La malade a la même satisfaction niaise. « Elle est bien, elle travaille ici en journée, elle a 30 ans, elle est très contente ». Elle lit sans comprendre, fait toutes sortes de fautes en lisant, en calculant. Les pupilles sont égales contractées, la gauche est irrégulière. La malade est habituellement tenue au lit en raison de sa faiblesse et de ses œdèmes. Régime lacté.

L'état général s'est amélioré ces temps derniers, les signes physiques restant stationnaires.

CHAPITRE IV

Psychoses périodiques familiales.

On sait de quelles manières bien différentes les aliénistes envisagent la folie périodique et les places variées qu'ils lui accordent dans leur classification ; à ce dernier point de vue les opinions les plus opposées ont cours, les uns avec Magnan, classant la folie périodique à la suite des vésanies simples, les autres avec Krafft-Ebing et les aliénistes allemands en général considérant la folie périodique comme faisant partie des psychoses de dégénérescence. La question est loin d'être encore résolue ; il est probable qu'il y aura dans l'avenir, à établir des distinctions parmi les faits englobés aujourd'hui dans le vaste groupe des folies périodiques. Il est actuellement bien difficile de se faire une idée ferme sur ce sujet devant des divergences d'opinions aussi tranchées chez des auteurs d'égale autorité. Il serait encore nécessaire de réunir un nombre suffisant d'observations pour tirer des conclusions plus exactes.

Il serait en particulier intéressant de rechercher d'une façon précise, avec observations à l'appui, quelles affections mentales se rencontrent chez les ascendants et les

collatéraux de malades atteints de folie périodique. Des recherches étendues en ce sens permettraient peut-être d'établir les parentés morbides de ces affections mais de telles recherches seraient très ardues et demanderaient une pratique très longue de l'aliénation mentale.

Cependant en restant dans le cadre de ce travail il sera possible de donner ici quelques observations, à simple titre de documents cliniques sur cette question difficile. En effet, si comme on l'a constaté déjà la folie périodique peut se transmettre par l'hérédité, il est un point qui, quoique noté déjà, ne paraît pas avoir été établi avec une précision suffisante, c'est la possibilité pour la folie périodique de se reproduire d'une façon homologues chez les individus de même lignée. Le fait a déjà été cependant indiqué ça et là mais sans que les observations complètes nous soient tombées sous les yeux et cependant dans la thèse de Dautreban est donnée une courte observation qui se confond peut-être avec l'une de celles qui seront données plus loin (obs. 12 et 13). Plusieurs faits du même genre sont enregistrés par Brunel et Vigouroux et par Pain. Dans son traité Krœpelin (1) le note en passant et dit qu'il a rencontré « fréquemment la folie circulaire ou périodique chez d'autres membres de la famille. » Dans un travail déjà ancien Jung (2) cherche à déterminer les maladies que l'on peut rencontrer chez les frères et sœurs ; sa nomenclature est bien incomplète. Cependant ce patient travail montre une assez

1. Krœpelin. *Psychiatrie* p. 642. 1896.

2. Jung. *Recherches sur l'hérédité des troubles mentaux*, *Allg. Z. für Psychiatrie*, 1864, p. 535.

grande fréquence de folie périodique chez les frères et sœurs. Il serait intéressant de vérifier ces faits avec la plus grande précision et il serait utile de déterminer si la folie périodique offre une forme ou tout au moins une allure particulière dans les cas où elle se montre familiale.

Les observations données ici seront envisagées sous ce point de vue et rangées provisoirement parmi les cas de maladies mentales familiales ; mais nous ne manquerons pas de faire remarquer qu'ici encore malheureusement les notions certaines sur l'hérédité des malades manquent trop souvent ; c'est pourquoi les observations ne peuvent pour ainsi dire être données que comme observations d'attente.

Il est d'ailleurs une chose à signaler c'est que plus d'une fois la folie périodique apparaît chez des frères et sœurs à des âges trop différents pour que l'on soit en droit de faire figurer ces faits dans les maladies familiales.

Quand la maladie apparaît chez une malade à 24 ans et chez l'autre à 61 ans, comme nous pourrions en donner une observation, il est difficile de voir là autre chose qu'une tendance commune à l'évolution similaire des troubles mentaux ; en effet l'un des caractères les plus importants, les plus manifestes des maladies familiales est le début homochrone ; il ne sera donc pas tenu compte ici de cas semblables à celui qui vient d'être cité et dont les observations pourraient être multipliées.

Brunet et Vigouroux donnent l'observation de manie intermittente chez deux sœurs sans antécédents connus et âgées respectivement de 25 et 29 ans au début de la maladie.

Dans la thèse de M. Pain se trouvent plusieurs observations. Dans son observation XII-XIII-XIV il s'agit de deux sœurs atteintes toutes deux de troubles mentaux périodiques dont la forme est assez mal définie : leur frère a eu un accès de mélancolie et a guéri ; leur père était un alcoolique et faible d'esprit.

Dans l'observation XV-XVI-XVII, le père des malades avait des accès de mélancolie et s'est suicidé, l'un des malades depuis l'âge de 30 ans est atteint de folie circulaire ; sa sœur présente des accès maniaques depuis l'âge de 49 ans, un autre frère présente un délire polymorphe depuis l'âge de 50 ans. Dans l'observation XVIII-XIX les 2 malades âgés de 24 et 29 ans sont atteints de folie circulaire ; ils ont des stigmates physiques, leurs antécédents sont chargés (grand-père aliéné).

Les trois observations doubles qui seront données ici sont de forme différente ; il a été fait allusion plus haut à la première d'entre elles (obs. 12 et 13), il s'agit de deux sœurs dont le père qui a été interné a disparu peut-être suicidé ; elles présentent toutes deux un type de folie périodique ; elles sont à l'asile depuis 1867 et y sont entrées à l'âge de 18 ans ; les périodes qui étaient courtes au début, (un mois, 6 semaines) se sont considérablement allongées pour durer des mois et cela depuis bien des années déjà. Les histoires des deux malades sont non seulement comparables mais identiques presque dans les derniers détails. L'âge du début l'identité des symptômes et de la marche permet de considérer cette double observation comme un type de maladie familiale ; les malades ont quelques stigmates physiques.

Elles ont toujours été d'intelligence peu développée mais malgré la longue durée de l'affection leur niveau intellectuel n'a pas baissé; elles sont actuellement à l'âge de la ménopause sans avoir présenté aucun symptôme particulier à propos de cet événement physiologique.

Dans leur période de dépression ces deux malades sont envahies par des idées de suicide extrêmement intenses, et elles ont toutes deux fait des tentatives; à ce propos, on peut se demander si la soi-disant folie suicide héréditaire n'est pas une forme de folie périodique héréditaire. Il est à remarquer, en effet, que dans ces cas les suicides se font d'une façon brusque, imprévue; or, n'est-ce pas un des caractères de la folie circulaire que le passage d'une période à l'autre se fasse d'une façon rapide, sinon instantanée.

Dans ces conditions, si l'idée de suicide n'est qu'un des symptômes du stade mélancolique, il ne faut pas s'étonner de voir les malades passer subitement de l'idée à l'exécution, et les suicides inattendus, sans motif, sont peut-être explicables ainsi. D'ailleurs, dans un travail récent, cette même idée a été émise par le Dr Lauphs (1) qui a décrit une mélancolie intermittente bénigne où l'idée de suicide est le symptôme principal.

Dans les deux observations suivantes (14-15) le type familial n'est pas aussi pur que dans celles qui précèdent; pour l'une des malades, en effet, le début a lieu à l'âge de 21 ans, pour l'autre à l'âge de 30 ans; la plus jeune a toujours présenté de grands accès, actuellement

1. Lauphs. *Annales médico-psychologiques*, 1898.

au nombre de quatre, tandis que sa sœur n'en a présenté qu'un bien caractérisé, mais celle-ci actuellement sortie de l'asile aurait chez elle de petits accès frustes : la forme des accès est assez semblable chez les deux malades et se présente sous l'aspect de délire hallucinatoire avec agitation. Les deux malades ne conservent qu'un souvenir incomplet de la crise sans que cependant il y ait une amnésie absolue ; dans l'intervalle des accès elles sont tout à fait normales. Il y a lieu de noter l'absence de stigmates physiques marqués ; comme antécédents il faut remarquer que les malades sont enfants abandonnées. Leurs deux frères n'ont présenté aucun accident intellectuel.

Pour les malades qui seront cités en troisième lieu le diagnostic de folie périodique pourrait peut-être être discuté (obs. 16-17). Ces deux sœurs ont eu, d'une façon assez tardive, un premier accès délirant, l'une à l'âge de 39 ans, l'autre à l'âge de 46. Toutes deux ont fait un nouvel accès au moment de la ménopause ; chez l'une et l'autre le second accès aurait reproduit, d'après les renseignements recueillis, l'accès précédent ; chez l'une il s'agit d'un délire hallucinatoire polymorphe suivi d'un court état de dépression, durant à peine quelques jours, chez l'autre, d'un accès d'anxiété allant jusqu'à la stupeur.

Famille Le P.

OBSERVATION XII

Sommaire. — *Hérédité chargée (similaire?) Folie périodique ; idées de suicide intenses dans les périodes mélancoliques ; accès d'agitation non réguliers ; allongement progressif des périodes mélancoliques. Début à 18 ans en 1864. Stigmates physiques. Ressemblance physique des deux malades.*

Hérédité. — Le père a été interné, et a disparu (suicidé ?).

Le P... Marie, née en 1846 ; entrée à l'asile Saint-Yon en 1864 à l'âge de 18 ans.

Elle vient de l'hospice général où elle a été amenée à la suite de tentatives de suicide : elle avait tenté de se pendre, puis de se frapper avec un couteau. Elle essaya à l'hospice de se couper la gorge. Il est noté qu'elle n'a pas eu d'autres accès antérieurement ; pendant son séjour à l'hospice elle cherchait à s'isoler et s'agitait parfois.

A son entrée Morel constate simplement de la faiblesse de l'intelligence, mais aucune idée de suicide. Dans les premières années de son séjour Morel note qu'elle tombe périodiquement dans un état d'agitation avec refus de nourriture ; à la suite de ces accès son état physique est très mauvais. Dans l'intervalle elle est plutôt déprimée et émet des idées hypochondriaques. Ces alternatives paraissent avoir été assez régulières.

En 1872 il semble y avoir un certain changement dans les périodes : on note des périodes de stupeur durant une dizaine de jours, séparés par des intervalles lucides pendant lesquels la malade s'occupe activement.

Depuis 1878 la malade a des accès intermittents de dépression avec idées de suicide très actives. Elle se mutile et elle nécessite une surveillance constante qui met les infirmières sur les dents.

Depuis que nous l'observons (1896) elle présente de semblables périodes mélancoliques avec idées de suicide à intervalles plus éloignés sans règles bien fixes.

La période s'annonce par les prodromes habituels d'une dépression progressive avec mutisme, isolement, refus de nourriture. La malade garde volontiers le lit : « Elle sent que quelque chose la gêne, elle n'a pas de courage, elle voudrait résister mais c'est plus fort qu'elle, elle n'a jamais été comme cela.

Elle mange sans faim et seulement en se forçant. Elle ne dort pas, se réveille en sursaut. Ce sont probablement les idées de se faire du mal qui reviennent ». Elle pleure, se parle à voix basse. La langue est blanche, un peu tremblante, le pouls est marqué 88. Les bruits du cœur et la respiration sont normaux.

Dans l'intervalle la malade s'occupe avec une certaine activité, mais reste assez renfermée. D'ailleurs au dire des personnes du service qui la connaissent depuis des années, elle n'a plus guère de bons moments et l'état dépressif est presque permanent avec des exacerbations durant plusieurs semaines, qui représentent les grands accès d'autrefois.

Au point de vue physique la malade est petite, présente un léger prognathisme inférieur, de l'asymétrie faciale marquée surtout par une différence de grandeur de la fente palpébrale.

Elle est âgée de 53 ans. La ménopause s'est faite régulièrement.

OBSERVATION XIII

Sommaire. — *Folie périodique ; idées de suicide intenses dans les périodes mélancoliques ; accès d'agitation non réguliers allongement progressif des périodes mélancoliques. Début à 18 ans en 1867. Stigmates physiques.*

Le P... Françoise née en 1849 entrée à l'asile Saint-Yon en 1867 à l'âge de 18 ans.

Elle est amenée à l'asile à la suite de deux tentatives de suicide, elle s'était frappée à coups de couteau.

A son entrée Morel la considère comme d'intelligence faible et porte le diagnostic de « lypémanie avec tendance au suicide, affection héréditaire ». Depuis son entrée la malade a présenté des accès périodiques de dépression ou de stupeur avec idées de suicide qui nécessitaient souvent une étroite surveillance. D'après les notes de Morel les périodes de dépression duraient 8 à 10 jours et étaient séparées par des intervalles de calme d'un à deux mois pendant lesquels la malade cherchait à se rendre utile. Mais dès 1869 les périodes de dépression sont plus longues et les intervalles lucides ne durent plus qu'un mois ; même au cours de l'année suivante on dut nourrir la malade à la sonde pendant 15 jours.

Plus tard (1872) on note de la stupeur.

Les alternatives se succèdent constamment depuis cette époque ; on note cependant en 1884 des périodes d'excitation maniaque sur lesquelles nous ne sommes pas édifiés.

Depuis que nous l'observons la malade présente ces mêmes

alternatives plus ou moins régulières au point de vue de la longueur et de l'intensité des accès.

Nous ne l'avons jamais vue dans la stupeur avant l'accès récurrent qui sera noté plus loin, quoique de semblables états aient été notés antérieurement, en 1888 en particulier, véritable stupeur mélancolique avec gâtisme, négativisme absolu. D'ailleurs à ce point de vue la situation s'est plutôt améliorée relativement. Autrefois, en effet, d'après le dire des infirmières, on appréhendait véritablement dans le service ces périodes de dépression, car Mlle le P..., donnait un mal considérable au personnel par sa résistance invincible à tous les soins qu'on prenait d'elle, par la difficulté qu'on éprouvait à l'alimenter ; d'autant plus que les accès duraient trois ou 4 mois et les intervalles 5 à 6 semaines au plus.

La période mélancolique s'établit d'une façon progressive ; la malade change d'allure et sa façon d'être permet de prévoir l'accès. Elle semble, pour employer le mot classique, méditer sa crise. Les sœurs du service, usant d'un terme de leur vocabulaire professionnel, disent d'une façon pittoresque « *que la malade postule* ». Nous avons pu en effet, constater plus d'une fois un abattement, un mutisme spécial, une tendance à fuir tout entretien.

La malade me dit « qu'elle a les bras cassés et que si elle ne travaille plus et va se cacher au fond de la cour c'est *qu'elle appartient à la maladie*. Elle a des idées de suicide et ne sait pas pourquoi elle a des idées pareilles ».

En quelques jours elle tombe tout-à-fait dans le mutisme, s'isole complètement, s'alimente mal ; si on cherche à la faire sortir du coin où elle se cache elle pousse des cris et résiste.

L'année 1898 a été assez bonne et il n'y a pas eu de véritable

période mélancolique. Mais en janvier 1899 elle paraît être au début d'une de ces périodes. Elle sent que ses idées de suicide la reprennent ; elle se plaint d'éprouver « du mal à l'estomac », une sorte d'angoisse autant qu'on peut le supposer. Elle a postulé ainsi pendant quelque temps (6 semaines environ) mais l'accès n'a pas éclaté.

Dans les bonnes périodes Françoise Le P..., s'occupe très activement mais a la réputation d'avoir mauvais caractère, de se disputer avec ses compagnes, de leur chercher chicane. Il n'y a pas à voir là, semble-t-il, une excitation suffisante pour la faire considérer comme un accès maniaque franc ; la malade a seulement mauvais caractère ; sans être tout à fait débile elle est d'un niveau intellectuel plutôt inférieur, mais remplit d'une façon très satisfaisante sa tâche d'auxiliaire dans son quartier.

En juin 1899, après une période d'excitation de quelques jours, après avoir fait du bruit la nuit et réveillé son dortoir, elle tomba dans la dépression. Elle reste des journées entières auprès du même arbre, refuse de se nourrir et résiste à tous les soins : elle ne veut pas répondre, se laisse très difficilement examiner, gémit. Les pupilles sont très dilatées, la gauche un peu plus (il y a une taie de cet œil). La langue ne tremble pas, est un peu blanche.

La tête est affectée d'un tremblement analogue au tremblement dit sénile ; les mains étendues sont légèrement tremblantes. Les réflexes rotuliens sont nuls. La sensibilité cutanée persiste. Le pouls est très petit (80 pulsations), rien au cœur. Le moindre mouvement des personnes présentes l'effraie.

Le 27 octobre. — Elle vient spontanément nous trouver pour nous demander des médicaments. L'avant-veille encore nous

l'avions vue sous son arbre dans sa pose habituelle c'est-à-dire immobile et muette. L'amélioration se fait lentement.

Au point de vue physique Françoise le P..., est petite, présente un prognathisme inférieur peu marqué. La malade est âgée actuellement de 50 ans; la menstruation a été régulière jusqu'en 1897 sans que la ménopause paraisse s'être accompagnée d'aucun trouble spécial. Il existe du tremblement de la tête.

Famille Fl...

OBSERVATION XIV

Sommaire. — *Hérédité probable. Folie intermittente. Quatre accès hallucinatoires avec excitation séparés par des périodes complètement lucides. Début à 21 ans. Quatre accès en 10 ans. Ressemblance physique de cette malade et de sa sœur. Pas de stigmates physiques notables.*

Antécédents héréditaires. — Les malades sont enfants abandonnées; elles ont deux frères bien portants.

F..., femme A..., née en 1869.

Elle a été élevée à l'Hospice du Havre comme enfant abandonnée puis a été placée comme servante dans diverses places où l'on paraît avoir été satisfait de ses services.

Elle aurait donné à plusieurs reprises des signes de troubles intellectuels; en particulier en 1890, elle a été soignée au Havre pendant un an pour aliénation mentale. Elle avait sauté par la fenêtre du logement de ses maîtres. Nous n'avons pas d'autres détails à ce sujet mais ceci semblerait constituer *un premier accès* de délire hallucinatoire bien caractérisé.

Deuxième accès. — Le 8 juillet 1892, elle quitte brusquement

sa place, et se rend chez son frère à qui elle raconte qu'elle s'est sauvée parce que le diable était près d'elle. Depuis ce moment elle ne cesse de divaguer, voit des démons autour d'elle, se croit persécutée par des religieuses et se sauve dans la campagne pour leur échapper. Il y a trois jours elle brûle son chapeau en disant que c'est le diable. Avant-hier après s'être enfuie, elle revient à la maison les pieds nus et meurtris, les vêtements en lambeaux racontant qu'elle a donné ses souliers pour conjurer le diable. Quand elle est couchée elle frappe son oreiller à coups redoublés pour chasser le démon.

Elle violente l'enfant de sa sœur en lui mettant la main sur la bouche, sous prétexte qu'il a l'haleine mauvaise.

Elle tient des propos bizarres de teinte mystique, dit « qu'il y a dans la vie des choses inexplicables, qu'elle ne voit pas ce qui fait grandir, que les petits restent petits et d'autres grandissent malgré leur volonté (?) » Sa parole est brève, saccadée, elle a le regard fixe.

A son entrée, le 6 août 1892, « elle présente des hallucinations multiples de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et de la sensibilité générale. Elle entend des voix humaines alternant avec des cris d'animaux, elle voit le diable sous l'apparence humaine et a eu à lutter avec lui, elle a senti la main de Dieu s'appuyer sur elle. Elle sent des parfums divers. Il se passe autour d'elle et en elle des mystères qui ne sont compréhensibles que pour elle grâce à une divination particulière. Elle est calme et ne paraît nullement préoccupée de sa séquestration ; elle s'exprime avec assurance, sinon avec lucidité ».

Dans la suite elle continue de manifester des idées de persécution et des hallucinations multiples, elle prétend ne plus entendre les chants et les voix qu'elle entendait au Havre, sans

voir personne ; elle avoue sentir toutes sortes d'odeurs qu'on répand sur son passage, mais elle se montre en général réticente et méfiante quand on l'interroge. »

Pendant les premiers mois il n'y a pas de modification dans son état mental. En décembre elle commence à se montrer calme et s'occupe régulièrement ; toutefois elle paraît encore tourmentée de temps à autre par des hallucinations de l'ouïe. Son dossier contient une lettre d'elle, datant de cette époque, assez incohérente.

Elle sort améliorée en décembre 1893. Depuis elle se serait complètement rétablie et se marie en juin 1894. Elle a eu un enfant en juillet 1895. Il est spécifié dans les renseignements que depuis sa sortie elle n'avait présenté aucune crise. Durée de l'accès un an et demi.

Troisième accès. — Elle est ramenée à l'asile en mai 1897. Le délire a éclaté subitement il y a six jours ; elle se livre à des extravagances, danse dans le jardin, oblige la voisine à tuer son coq « parce qu'il chante mal », brise les cordes à tendre le linge. Elle ne dort pas, pousse des cris, oït voir des religieuses, des curés, des malfaiteurs ; elle fait craindre quelque danger pour son enfant de 22 mois qu'elle serre convulsivement dans ses bras et qu'on ne peut lui arracher. Elle refuse de manger.

A son entrée, elle n'est pas particulièrement agitée, mais manifeste des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et de la sensibilité générale et des illusions de la vue : elle entend des injures, la voix de son beau-frère, perçoit des odeurs désagréables, accuse un voisin d'agir sur elle, et la sœur Marie des Anges de lui jeter du poison ; elle voit apparaître des personnes de sa connaissance ; elle s'exprime en termes énig-

matiques à propos de certaines sculptures qui existeraient sur des meubles de sa maison ; ses discours sont incohérents. Elle refuse parfois de parler parce qu'elle est *barrée*. Elle paraît avoir conservé des sentiments affectifs et se plaint qu'on l'ait privée de son enfant. Dans les mois suivants, l'état reste stationnaire, la malade est indifférente, ne s'occupe pas ; elle a parfois des accès d'agitation, apparemment sous l'influence de ses hallucinations, puis elle se calme peu à peu, paraît perdre ses idées délirantes, et commence à s'occuper. Elle est alors envoyée en congé dans sa famille qui la garde, la considérant comme guérie.

Quatrième accès. — Récidive il y a 15 jours.

Elle se croit persécutée, voit du feu, prétend être sous un cimetière et apercevoir des squelettes. Elle craint d'être brûlée et menace de se tuer.

Ramenée le 25 janvier 1898, elle présente les mêmes idées de persécution et quelques idées de grandeurs, elle s'exprime toujours en termes énigmatiques. Elle prétend que le président Carnot n'a pas été assassiné et qu'elle le voit. Elle s'excite facilement et se montre même violente, elle brise des chaises ; se donne à elle-même des coups violents, son regard est un peu égaré, son langage est agressif, saccadé et incohérent.

Quoique évidemment en proie à des hallucinations multiples elle est réticente et dit qu'elle est bien bête d'avoir raconté ce qu'elle éprouvait, elle dit cependant en un langage bizarre qu'elle voit « des chats qui viennent la nuit dégringoler par le plafond, des jeunes chats qui ne sont pas des chats, des boules de chats qui passent à travers les places (?)... il n'y a pas de places, ils passent tout de même ».

Elle se plaint d'avoir des crises dans la tête qui la poussent

à des violences, elle sent quelque chose qui lui gratte dans la tête ; ces violences la calment. Elle répond bizarrement aux questions, interrogée sur la date du jour et de l'année (examen de février 1899), elle dit : « nous sommes en mars 1902 il y a deux ans nous étions en 1899, mettez une centaine d'années sur 19 centaines d'années cela fait 1900... etc. » Elle se répand en insultes contre tout le monde, contre son mari qu'elle tuera s'il veut la voir ; elle dit que ses enfants sont « crevés », elle devient menaçante, heurte violemment les chaises sur le sol. On ne peut dire que son intelligence soit affaiblie la mémoire est restée fidèle : elle donne avec assurance des détails de sa vie antérieure (par exemple sur les places par où elle a passé et sur le temps qu'elle y a séjourné), mais il est difficile de fixer son attention. Elle reste agitée et en proie à ses hallucinations, on ne peut l'occuper que très irrégulièrement quoique, habile couturière, elle sache travailler à la perfection.

Aucun signe physique notable, le pouls est fort, accéléré (100). A l'auscultation le second bruit du cœur est accentué. Elle reste dans le même état pendant des mois, il est impossible de l'occuper à quoique que ce soit, elle est incohérente dans ses propos, parle avec une certaine volubilité et d'une façon agressive ; elle n'est pas violente, mais remuante et menaçante, parfois elle se frappe vigoureusement la poitrine sans qu'on puisse savoir pourquoi elle agit ainsi.

Dans le courant du mois de juillet elle vient de temps à autre demander du travail, mais elle ne fait rien de suivi et retombe presque aussitôt dans son agitation habituelle. Presque subitement dans les derniers jours de juillet elle change complètement d'allure, de manière, de physionomie.

Elle demande à s'occuper, travaille activement. Elle est tout

à fait normale au bout de deux ou trois jours. Elle a alors parfaitement conscience d'avoir été malade ; elle n'a qu'un souvenir incomplet et succinct de sa période morbide, mais elle ne s'en rappelle pas exactement le début. Pour elle, le début se marque par la manie, dit-elle, de recommencer plusieurs fois la même chose, comme de laver son linge à trois reprises. Elle a mal à la tête, se sent toute changée; quoique se rendant compte de tout ce qui se passe autour d'elle, elle se sent irrésistiblement poussée à des actes absurdes : « C'est comme si quelqu'un vous commande et on obéit ». Peu à peu elle devient agitée, mais ne peut se rappeler nettement si elle a eu des hallucinations.

Elle se souvient de diverses pérégrinations qui ont précédé son entrée à l'asile, des examens que je lui ai fait subir, des actes de violences qui la soulageaient, dit-elle, et l'empêchaient de se livrer à des agressions contre l'entourage. Mais tous ces souvenirs sont succincts. Elle sait qu'elle se frappait la poitrine parcequ'elle souffrait, etc. La mémoire des faits antérieurs à l'accès est intacte.

Elle est calme, lucide, sans la moindre dépression ; au contraire elle est plutôt avenante et gaie quoique préoccupée de la prolongation inusitée de l'accès actuel. Les battements du cœur sont violents, un peu accélérés. Pouls 96.

Elle sort guérie à la fin d'août 1899.

OBSERVATION XV

Sommaire. — *Un grand accès de délire hallucinatoire à 30 ans; guérison; petits accès frustrés.*

Héloïse femme Lem..., âgée de 30 ans, entre à l'asile Saint-Yon le 16 mai 1898, sortie le 10 septembre.

Elle aurait toujours été bien portante. Elle a deux enfants de deux et quatre ans.

Depuis quelques jours elle est troublée, chante et pleure sans motif, puis devient rapidement anxieuse, s' imagine voir des fantômes, des religieuses, s'agite, devient violente, cherche à se précipiter par la fenêtre. Elle est si agitée qu'on se décide à la ligotter. Elle arrive à l'asile dans un état de grande anxiété, elle est vivement hallucinée de l'ouïe, entend la voix de ses parents qui l'appellent, elle se figure qu'on va la couper par morceaux. Elle nécessite une étroite surveillance, et se refuse à tout examen approfondi.

« On lui dit qu'elle pourrira, qu'on lui tranchera la tête. Son mari l'a vendue au diable, on lui met des cochonneries dans le dos, des épingles soufrées dans le derrière; elle ne dort pas parce qu'elle a dans l'idée qu'on veut l'empoisonner en lui jetant des balles de plomb dans la tête, et elle ne veut pas mourir. On lui fait manger des poux, on la fait devenir cochonne.

A l'hospice on lui fait perdre la tête, quoiqu'elle ait prié tout le temps; elle voit qu'on veut l'*emblouser* et ne sait pas où elle en est. On met toutes sortes de choses sur son compte, etc. » Elle est très perplexe et dit elle-même qu'à certains moments elle croit à ses idées et qu'à d'autres elle n'y croit pas. Elle se

montre effrayée ; on ne parvient à lui faire tirer la langue, par exemple, qu'après de longs pouparlers.

Elle ne sait pas dire son âge, le nombre de ses enfants, elle ne peut dire comment elle s'appelle. Son nom patronymique, et son nom de dame « *cela fait deux dans son esprit* ». (probablement troubles de la sensibilité générale ?) Sa conversation est incohérente formée de phrases interrompues, de réponses à côté ou inexactes, parfois elle ne répond pas comme si elle n'avait pas compris.

La langue est sale, dépeuillée au centre et à la pointe, tremblante. Le pouls est petit, rapide (100). Les mains sont froides, il existe une phlyctène du dos du médium droit, sans caractère particulier. Les pupilles sont égales en demi-dilatation ; les réactions n'en peuvent être examinées, les réflexes sont normaux ainsi que la sensibilité.

Il existe de l'asymétrie faciale ; la malade a le masque.

La malade reste pendant quelques jours dans le même état, inquiète, ne s'occupant pas. Puis elle se calme peu à peu, les hallucinations s'atténuent progressivement. Elle commence à travailler et ne semble conserver qu'un souvenir incomplet de son délire ; elle est d'ailleurs peu communicative.

A la fin du mois de juin a lieu une rechute, à la suite d'une visite de son mari ; rechute courte d'ailleurs, mais après laquelle l'esprit reste assez troublé.

L'amélioration reparait progressivement et la malade sort en septembre sans que l'état soit redevenu tout à fait normal ; elle est restée inquiète et peu communicative.

Durée de l'accès cinq mois.

D'après les renseignements postérieurs (août 1899) donnés par son beau-frère, elle se serait bien rétablie ; mais par moment

elle est un peu agitée ; elle remplit bien alors ses devoirs de ménagère, soigne bien ses enfants, mais elle n'est évidemment pas dans son état normal.

Son beau-frère ne peut donner de détails précis, mais laisse entendre qu'il la considère comme étant par moments malade. On peut penser qu'elle fait de *petits accès frustes*.

Famille M...

OBSERVATION XVI

Sommaire. — *Hérédité ; un court accès hallucinatoire d'emblée à 39 ans ; un deuxième accès identique à la ménopause à 52 ans. Absence de stigmates physiques. Intelligence normale.*

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, s'est pendu.

Deux frères alcooliques. L'un d'eux présenterait quelques symptômes de paralysie générale (?) .

Un troisième frère mort (?)

M. Femme H. Victorine. Entrée de l'asile le 30 octobre 1896 à l'âge de 39 ans.

Antécédents personnels. — La malade a eu une fièvre typhoïde à 10 ans ; à la suite de sa deuxième couche elle aurait eu des dartres (?). De ses deux enfants le premier est mort de méningite et le deuxième actuellement bien portant, travaille.

La malade, avait un caractère gai, mais était très émotive ; et, débilitée par l'allaitement prolongé de son deuxième enfant, elle fut prise subitement d'une agitation considérable à la mort de son aîné.

Le certificat du médecin traitant, la donne comme furieuse,

poussant des cris continuels, brisant tout ce qu'elle trouve, frappant son entourage et ayant tenté plusieurs fois de mettre le feu aux meubles. A son entrée « elle est dans un état d'agitation maniaque avec délire général, incohérence des actes et du langage et hallucinations de la vue et de l'ouïe ». Après plusieurs semaines de durée le délire disparaît rapidement.

Depuis elle est restée absolument calme, lucide, travaillant d'une façon très régulière. La mort de son mari et de ses frères, l'internement de sa sœur n'ont été l'occasion d'aucun accident ; elle soigna elle-même sa sœur avec le plus grand dévouement. Elle reste ensuite pendant des années employée chez un fonctionnaire de l'asile.

2° *Accès.* — Au mois de décembre 1898, la malade alors âgée de 52 ans, jusque-là bien réglée avait vu ses règles disparaître depuis trois mois ; elle eut le 3 décembre une ménorrhagie assez abondante et d'une durée de 8 jours.

Le mois suivant, apparition de l'accès actuel. La malade se sentait seulement un peu fatiguée et déprimée et, ayant d'habitude le sommeil court, elle dormait moins encore, quelques heures à peine, depuis un mois environ ; depuis quelques jours elle s'agitait et se plaignait pendant son sommeil.

Le 7 janvier 1898. — Elle va se plaindre au médecin qui l'emploie, de sentir quelque chose qui la travaille ; puis elle s'agite subitement, dit à ce médecin que c'est lui qui la travaille, qu'il lui parle à travers les murs ; elle émet des idées mystiques : elle dit s'être confessée la veille et devoir communier le lendemain, mais elle a peur de mourir auparavant. Elle parle avec volubilité et incohérence. Ramenée dans son quartier elle se montre agitée et même violente, se nourrit difficilement, dort peu. Elle ne tient que des propos incohérents, parle par

quiproquos, fait des plaisanteries ; elle s'exprime avec volubilité. Cette période de violence et d'agitation cesse brusquement et se trouve remplacée par un état de simple excitation maniaque ; la malade n'est plus que remuante et loquace.

A partir du 15 février existe déjà un certain calme qui s'accroît rapidement ; elle ne garde plus alors qu'un souvenir sommaire de son accès ; elle se rappelle quelques détails et en a oublié d'autres par exemple les propos mystiques qu'elle a tenus au début de l'accès ; elle raconte qu'elle a été prise tout d'un coup « comme si elle avait reçu un coup de couteau dans le crâne » ; ses jambes n'allaient plus, elle ne pouvait plus parler ; puis il lui a été impossible de tenir en place ; elle souffrait beaucoup de la tête ; elle ne sait ce qu'elle a pu dire à ce moment là, elle sait seulement que le médecin l'a reconduite dans son quartier. Là elle a entendu du bruit, a eu des bourdonnements d'oreilles ; elle voyait des batailles, des soldats tomber dans la cour du quartier ; il lui semblait que c'était la guerre et elle a cru qu'elle allait mourir. Elle a eu d'autres terreurs, mais elle ne sait plus lesquelles. Elle reconnaît avoir été très hallucinée. Elle ne se rappelle pas que nous l'avons visitée plusieurs fois.

Dans la dernière quinzaine de février elle est redevenue calme, raisonnable et seulement un peu déprimée ; elle se sent fatiguée et ne dort presque pas. L'examen physique est négatif le pouls est bon (76 pulsations). A la fin de février la malade peut être considérée comme guérie de son accès. Elle est d'intelligence tout à fait normale.

OBSERVATION XVII

Sommaire. — *Un court accès hallucinatoire avec confusion mentale à 46 ans; un deuxième accès très court similaire à la ménopause à 52 ans.*

M... femme B... tisserande, entrée le 29 août 1890 à l'âge de 46 ans, sortie le 24 octobre 1890. Internée une deuxième fois pendant quatre mois en 1897.

Première entrée. — Après une période prodromique de deux mois environ, pendant laquelle la malade a présenté un changement de caractère notable, elle tombe tout d'un coup dans un état d'agitation extrême; elle chante, crie, pleure jour et nuit, danse, dit des grossièretés. Elle paraît avoir eu des hallucinations, car elle avait par moments des frayeurs terribles. Elle injurie ses parents et quiconque l'approche. Elle ne mange pas et ne dort pas. Le certificat du médecin traitant exclu^t positivement l'alcoolisme : « la malade est atteinte de délire aigu depuis quelques jours, chante, crie, se déshabille, menace les personnes qui l'entourent, cherche à les frapper avec ce qui lui tombe sous la main. »

Le certificat d'entrée est ainsi conçu : « arrivée hier dans un état de vive agitation la malade a été bruyante et désordonnée toute la nuit. Actuellement elle est hébétée et ne répond pas aux questions qu'on lui pose. La seule réponse est : « Je ne sais pas. Elle est couverte d'ecchymoses. »

Dans les jours suivants elle est un peu moins troublée, paraît se rendre compte de son état maladif, mais sans que la mémoire soit encore complètement revenue; l'appétit et le sommeil restent irréguliers, l'excitation est encore très vive.

Dans les mois suivants elle se montre peu à peu plus tranquille ; la lucidité reparait, la malade s'occupe, mais reste impressionnable (novembre). Elle sort guérie au mois de janvier suivant (durée du séjour, 5 mois).

Deuxième entrée. — La malade a actuellement 52 ans ; elle n'est plus réglée depuis deux mois. Elle est déprimée, s'imagine n'être plus dans sa famille. Elle a tenté la nuit dernière de se pendre ; depuis quatre jours elle refuse toute nourriture. Elle est envoyée à l'asile avec le diagnostic : folie de persécution et monomanie suicide.

La malade est dans un état général peu satisfaisant et se plaint d'ailleurs d'un malaise vague ; elle présente une profonde dépression : elle craint d'être arrêtée par la police. Elle refuse toute nourriture, sous prétexte qu'elle ne peut pas payer, que d'ailleurs elle n'a pas faim et n'a besoin de rien. Ses réponses sont lentes. Les pupilles sont égales et réagissent bien. La malade, d'abord assez lucide (elle se rappelle, par exemple, son premier internement) tombe rapidement dans la stupeur la plus complète, et doit être alimentée à la sonde ; mais cet état s'améliore en quelques jours et dès la fin de la seconde semaine de son entrée la malade est assez lucide pour rendre compte de son délire dont elle a conscience et dont elle a gardé le souvenir ; elle avait des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et elle s'imaginait qu'on lui voyait le cœur.

Elle commence à travailler dans le service. Elle sort en janvier 1897 guérie après un séjour de 4 mois.

CONCLUSIONS

1° Il paraît exister des maladies mentales familiales.

Ces types morbides ne sont pas encore bien déterminés ; si quelques-uns appartiennent probablement aux cas d'hérédité morbide progressive au sens de Morel, il semble bien que certains constituent de véritables maladies familiales (1) au sens propre du mot, c'est-à-dire que sans antécédents homologues :

A. — Ces affections atteignent sans changer de forme plusieurs enfants d'une même génération.

B. — Elles débutent vers le même âge.

C. — Elles présentent le même début, la même marche, la même évolution.

2° Les formes morbides étudiées ici concernent (indépendamment de la folie gémellaire et du suicide héréditaire depuis longtemps décrits) :

A. des psychoses systématisées.

B. des démences.

C. des psychoses périodiques.

1. Il convient de rappeler qu'une maladie d'apparence purement familiale en raison de l'absence de troubles mentaux chez les ascendants immédiats pourra cependant être à la fois héréditaire et familiale, si elle a sauté une génération.

3° Les psychoses systématisées familiales doivent être bien différenciées de la folie à deux, quelquefois cependant elles peuvent donner lieu secondairement, à des délires à deux quand les malades habitent ensemble.

4° Les démences familiales ont été observées sous des formes variées, démence juvénile, démence précoce, démence prématurée et pré-sénile.

5. La folie périodique paraît constituer, sous des formes diverses, une espèce fréquente, la plus fréquente peut-être de folie familiale. Assez souvent aussi, sans constituer une véritable folie familiale en raison des âges très différents auxquels elle se montre chez les différents malades son apparition dans une même famille ou dans une même génération est un fait à signaler.

6° Les lacunes des renseignements recueillis sur les antécédents des malades et le peu d'importance des stigmates physiques n'autorisent pas pour les cas donnés ici à conclure d'une façon précise sur le rôle que peuvent jouer dans les faits de ce genre la dégénérescence et l'hérédité.

Vu : le Président
JOFFROY.

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu : et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- MOREL. — Traité des maladies mentales. Traité des dégénérescences. Archives générales de médecine (1867-1868).
- CHARCOT. — Leçons du mardi 1887 et passim.
- DÉJÉRINE. — De l'hérédité dans les maladies nerveuses.
- MAGNAN et LEGRAIN. — Les dégénérés.
- FÉRÉ. — La famille névropathique.
- RAYMOND. — Cliniques, t. I.
- LASÈGUE et FALRET. — Annales médico-psychologiques, 1877.
- ARNAUD. — Annales médico-psychologiques.
- RÉGIS. — Thèse de Paris, 1882.
- PAIN. — Thèse de Nancy, 1894.
- DOUTREBENTE. — Annales médico-psychologiques, 1869, t. II.
- BROSIUS. — Irrenfreund, 1885.
- LEHMANN. — Arch. für psychiatrie, XIV.
- SCHONFELT. — Arch. für psychiatrie, XXVI.
- SIOLI. — Arch. für psychiatrie, 1885.
- BRUNET et VIGOUROUX. — Congrès de Clermont, 1894.
- BOURNEVILLE et SÉGLAS. — Arch. de neurologie, 1885.
- SACHS. — New-York médical Journal, 1806.
- NOLAN. — Dublin. J. of médicale science, 1895.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Du suicide, 1865.
- LORRAIN. — Thèse de Paris, 1898.
- LONDE. — Thèse de Paris, 1895. Revue de médecine, 1893. Annales de médecine, 1895.

PAULY et BONNE. — Revue de médecine, 1897.

JUNG. — Allg. z. für psychiatrie, 1864.

LAUPTS. — Annales médico-psychologiques, 1898.

TRÉNEL. — Bulletin de la Société de biologie, juillet 1899. Société
médico-psychologique, novembre 1899.

La bibliographie de la folie gémellaire est donnée complète-
ment dans le chapitre I, page 15.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — Historique	11
CHAPITRE II. — Psychoses systématisées familiales (3 obs.) . .	18
CHAPITRE III. — Démence familiale (8 obs.)	33
CHAPITRE IV. — Psychoses périodiques familiales. (6 obs.) . .	56
CONCLUSIONS	80
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	82

